



# **ACADEMIA MILITAR**

## **Avaliação do nível de conhecimento dos Oficiais do Exército Português para intervirem em situações de Emergência Médica**

**Autor:** Aspirante de Infantaria Tony da Silva

**Orientador:** Tenente-Coronel Infantaria Paulo Alexandre Moreira  
Machado

**Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada**

**Lisboa, maio de 2019**



# **ACADEMIA MILITAR**

## **Avaliação do nível de conhecimento dos Oficiais do Exército Português para intervirem em situações de Emergência Médica**

**Autor:** Aspirante de Infantaria Tony da Silva

**Orientador:** Tenente-Coronel Infantaria Paulo Alexandre Moreira  
Machado

**Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada**

**Lisboa, maio de 2019**

## **DEDICATÓRIA**

Porque tudo o que sou devo-o a ti, Pai.

## AGRADECIMENTOS

O presente Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada constitui o culminar de um longo percurso do Curso de Formação de Oficiais da Academia Militar. Desse modo, um conjunto de desafios e obstáculos foram ultrapassados com o apoio de todos os que sempre acreditaram em mim. Por isso, apresento o meu profundo reconhecimento a todos os que me acompanharam nesta fase.

Ao Tenente-Coronel Paulo Machado, pela sua disponibilidade, pelos seus conselhos e, essencialmente, por me ter desafiado ao longo desta investigação como estudante e como pessoa.

À Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Dulce Esteves, pela pronta aceitação em participar nesta investigação e por todos os seus contributos para a realização da mesma.

Aos Senhores Oficiais Instrutores de Educação Física Militar, por disponibilizarem o seu tempo para a realização do inquérito por questionário, cujo o contributo para este trabalho é de valor inestimável.

À Direção dos Cursos da Arma de Infantaria da Academia Militar, pela disponibilidade prestada ao longo desta fase.

Aos meus camaradas do curso Tenente-General de Artilharia e Engenheiro Mor Luís Serrão Pimentel, pelos quatro anos que passámos juntos e pelas experiências que partilhámos, que me enriqueceram como pessoa e futuro Oficial do Exército. Aos meus queridos Irmãos do Curso de Infantaria, pelas dificuldades ultrapassadas e pelos momentos de amarguras sentidas, que tanto nos uniram.

À minha família, por todo o apoio que me deram ao longo de todo o curso, pelas palavras de apreço, pela motivação, por me tornarem o que sou.

À minha querida, que constantemente procura motivar-me, pelo seu companheirismo, pela amizade e pela sua presença nestas etapas tão importantes da minha vida.

A todos vós, o meu sincero Obrigado!

## RESUMO

A incerteza associada à ocorrência de lesões em instruções de Educação Física Militar aliada à adequabilidade dos conhecimentos dos Instrutores na atuação em situações de emergência médica, constitui o aspeto fulcral desta investigação. Neste âmbito, urge a necessidade de uma análise integrada fundamentada nos princípios basilares do Curso de Instrutores de Educação Física Militar.

A presente investigação tem como objetivo verificar a adequabilidade dos conhecimentos dos Oficiais de Educação Física Militar perante situações de emergência médica. Assim, pretende-se caracterizar e identificar as vantagens dos conhecimentos teóricos e operacionais relativos a Primeiros Socorros no âmbito da prática desportiva. Deste modo, é imperativo analisar a perceção dos conhecimentos dos Instrutores a par das fontes de informação utilizadas nas matérias referidas.

A metodologia empregue assenta no método dedutivo, que é baseado na lógica do geral para o particular com o intuito de obter conclusões sólidas. A revisão de literatura é sustentada em obras bibliográficas e documentos institucionais e, por último, a investigação empírica resulta da realização de um inquérito por questionário.

Com efeito, comprova-se que os conhecimentos analisados possuem uma base teórica e prática satisfatória, contudo, constata-se a necessidade da revisão das matérias abordadas no Curso de Educação Física Militar com especial enfoque para os Primeiros Socorros. Neste contexto, a carência verificada assume um papel essencial no desempenho das funções dos Instrutores. Os resultados registam uma falsa perceção relativa à adequabilidade dos conhecimentos dos mesmos. Por fim, conclui-se que as principais fontes de informação utilizadas são os enfermeiros e médicos em virtude da sua especialização na área.

Em síntese, os conhecimentos dos Oficiais apresentam diversas lacunas, na medida em que, face à falta de apoio sanitário, compõem a assistência médica imediata em caso de acidente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Lesões; Primeiros Socorros; Instrutores; Educação Física Militar.

## **ABSTRACT**

The uncertainty associated with the occurrence of injuries in Military Physical Education instructions, coupled with the adequacy of the instructors' knowledge in emergency medical situations, is the central aspect of this investigation. In this context, there is an urgent need for an integrated analysis based on the basic principles of the Military Physical Education Instructors Course.

The present investigation aims at verifying the adequacy of the knowledge of Military Physical Education Officers in situations of medical emergency. Thus, it is intended to characterize and identify the advantages of theoretical and operational knowledge regarding First Aid in the field of sports practice. For this purpose, it is imperative to analyze the perception of the knowledge of the Instructors along with the sources of information used in the mentioned subjects.

The methodology used is based on the deductive method, which is based on the logic from the general to the particular in order to obtain solid conclusions. The literature review is based on bibliographical works and institutional documents and, finally, empirical research results from a questionnaire survey.

In fact, it is verified that the knowledge analyzed has a satisfactory theoretical and practical basis, however, it is necessary to review the subjects covered in the Military Physical Education Course with a special focus on First Aid. In this context, the deficiency found plays an essential role in the performance of the Instructors' functions. The results register a false perception regarding the adequacy of their knowledge. Finally, it is concluded that the main sources of information used are nurses and doctors because of their specialization in the area.

In short, the knowledge of the Officers of Military Physical Education present several shortcomings, since, when there is a lack of medical support, they make up the immediate medical assistance in case of an accident.

**KEYWORDS:** Injuries; First aid; Instructors; Physical Education Military.

## ÍNDICE GERAL

<b>DEDICATÓRIA .....</b>	<b>I</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>II</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>III</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IV</b>
<b>ÍNDICE GERAL .....</b>	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>IX</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS .....</b>	<b>XII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>6</b>
1.1. Prevenção de acidentes.....	6
1.1.1. Prevenção Primária.....	6
1.1.2. Prevenção Secundária.....	7
1.2. Procedimentos em caso de acidente .....	7
1.3. Primeiros Socorros .....	8
1.4. Plano de Intervenção de um Socorrista .....	9
<b>CAPÍTULO 2 – LESÕES E PROCEDIMENTOS DE PRIMEIRA INSTÂNCIA ....</b>	<b>10</b>
2.1. Anatomia envolvida.....	10
2.2. Definição de lesão .....	11
2.3. Classificação da lesão.....	12
2.4. Lesões mais frequentes.....	12
2.5. Tipos de lesão .....	13
2.5.1. Lesões Articulares .....	13
2.5.1.1. Entorses .....	13
2.5.1.2. Luxações.....	13
2.5.2. Lesões Musculares.....	14
2.5.2.1. Cãibra .....	14
2.5.2.2. Contusões .....	14
2.5.2.3. Contratura .....	15
2.5.2.4. Rotura muscular.....	15
2.5.3. Tendinites .....	16

2.6. Fraturas .....	17
2.7. Hemorragia interna e externa .....	17
2.8. Convulsões .....	18
2.9. Desmaio .....	18
2.10. Asfixia .....	19
2.11. Reanimação cardiopulmonar .....	19
2.12. Tensão Térmica .....	21
2.12.1. Hipertermia .....	21
2.12.2. Hipotermia .....	23
<b>CAPÍTULO 3 – CURSO DE INSTRUTORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA MILITAR</b> .....	<b>25</b>
3.1. Conceito de Educação Física Militar .....	25
3.2. Curso de Instrutores de Educação Física Militar .....	25
3.2.1. Composição e métodos de avaliação .....	27
<b>CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS</b> .....	<b>28</b>
4.1. Método de abordagem .....	28
4.2. Método de análise .....	28
4.3. Técnicas, procedimentos e meios utilizados .....	29
4.4. Inquérito por questionário .....	29
4.5. Amostragem: composição e justificação .....	30
4.6. Local e data da pesquisa e recolha de dados .....	31
<b>CAPÍTULO 5 – ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
5.1. Caracterização da Amostra .....	32
5.2. Análise do inquérito por questionário .....	34
5.3. Análise e discussão dos resultados .....	34
<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>50</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>I</b>
APÊNDICE A – PLANO DE INTERVENÇÃO DE UM SOCORRISTA .....	I
APÊNDICE B – INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO .....	III
APÊNDICE C – VALORES ESTATÍSTICOS .....	XIII
APÊNDICE D – ENTREVISTA A .....	XLIII
APÊNDICE E – ENTREVISTA B .....	XLVI



<b>ANEXOS .....</b>	<b>XLVIII</b>
ANEXO A – DEFINIÇÕES DE LESÃO.....	XLVIII
ANEXO B – PLANOS DE ESTUDO CIEFM.....	XLIX
ANEXO C – TIPOS DE FRATURAS E RESPETIVO PROCEDIMENTO.....	LXI

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 3.1 Proporção de lesões em relação à natureza da lesão.....	35
Figura nº 3.2 Fontes de Informação.....	43

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 3.1 Distribuição da Amostra por Idade e Anos de serviço .....	32
Tabela nº 3.2 Distribuição da Amostra por Posto Hierárquico .....	33
Tabela nº 3.3 Distribuição da Amostra por ano de términos do curso .....	33
Tabela nº 3.4 Conhecimentos Teóricos .....	35
Tabela nº 3.5 Conhecimentos Teóricos e Operacionais .....	37
Tabela nº 3.6 Percepção dos Conhecimentos .....	37
Tabela nº 3.7 Relação entre a Percepção dos Conhecimentos e os Conhecimentos Teóricos e Operacionais .....	38
Tabela nº 3.8 Distribuição dos Conhecimentos Teóricos e Operacionais pelos agrupamentos dos términos dos CIEFM.....	39
Tabela nº 3.9 Distribuição dos agrupamentos dos términos dos CIEFM pelos Conhecimentos Teóricos e Operacionais .....	39
Tabela nº 3.10 Relação entre os conhecimentos adquirido no CIEFM e a percepção do conhecimento, conhecimentos teóricos e operacionais. ....	40
Tabela nº 3.11 Disponibilidade de Socorristas para estar presente nas Instruções .....	41
Tabela nº 3.12 Relação entre o Acesso de ambulância a locais de Instrução e a disponibilidade de um Socorrista .....	41
Fonte: SPSS .....	42
Tabela nº 3.13 Relação entre a Existência de Socorrista dia e o Tempo entre Unidade e o Hospital.....	42
Tabela nº 3.14 Relação entre a procura frequente de Informação na Internet e a afirmação “As informações sobre o que fazer em caso de emergência foram-me dadas por sítios da Internet” .....	43
Tabela nº 3.15 Relação entre média anual de lesões e a necessidade de assistência hospitalar dessas lesões. ....	45
Tabela nº C.1 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 1 .....	XIII
Tabela nº C.2 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 1 .....	XIII
Tabela nº C.3 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º3 grupo 1 .....	XIV
.....	XIV
Tabela nº C.4 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 1 .....	XIV
Tabela nº C.5 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 1 .....	XV

Tabela nº C.6 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 1 .....	XV
Tabela nº C.7 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º7 grupo 1 .....	XVI
Tabela nº C.8 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º8 grupo 1 .....	XVI
Tabela nº C.9 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º9 grupo 1 .....	XVII
Tabela nº C.10 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º10 grupo 1 .....	XVII
Tabela nº C.11 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º11 grupo 1 .....	XVIII
Tabela nº C.12 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º12 grupo 1 .....	XVIII
Tabela nº C.13 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º13 grupo 1 .....	XIX
Tabela nº C.14 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º14 grupo 1 .....	XIX
Tabela nº C.15 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º15 grupo 1 .....	XIX
Tabela nº C.16 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º16 grupo 1 .....	XX
Tabela nº C.17 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 2 .....	XX
Tabela nº C.18 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 2 .....	XXI
Tabela nº C.19 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º3 grupo 2 .....	XXI
Tabela nº C.20 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 2 .....	XXII
Tabela nº C.21 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 2 .....	XXII
Tabela nº C.22 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 2 .....	XXIII
Tabela nº C.23 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º7 grupo 2 .....	XXIII
Tabela nº C.24 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º8 grupo 2 .....	XXIV
Tabela nº C.25 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º9 grupo 2 .....	XXIV
Tabela nº C.26 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º10 grupo 2 .....	XXV
Tabela nº C.27 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 3 .....	XXV
Tabela nº C.28 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 3 .....	XXVI
Tabela nº C.29 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º3 grupo 3 .....	XXVI
Tabela nº C.30 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 3 .....	XXVII
Tabela nº C.31 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 3 .....	XXVII
Tabela nº C.32 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 3 .....	XXVII
Tabela nº C.33 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 4 .....	XXVIII
Tabela nº C.34 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 4 .....	XXVIII
Tabela nº C.35 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º3 grupo 4 .....	XXIX
Tabela nº C.36 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 4 .....	XXIX
Tabela nº C.37 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 4 .....	XXX
Tabela nº C.38 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 4 .....	XXX
Tabela nº C.39 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º7 grupo 4 .....	XXXI

Tabela nº C.40 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º8 grupo 4.....	XXXI
Tabela nº C.41 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º9 grupo 4.....	XXXII
Tabela nº C.42 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º10 grupo 4....	XXXII
Tabela nº C.43 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º11 grupo 4..	XXXIII
Tabela nº C.44 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º12 grupo 4..	XXXIII
Tabela nº C.45 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 5....	XXXIV
Tabela nº C.46 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 5....	XXXIV
Tabela nº C.47 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º3 grupo 5....	XXXIV
Tabela nº C.48 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 5.....	XXXV
Tabela nº C.49 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 5.....	XXXV
Tabela nº C.50 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 5....	XXXVI
Tabela nº C.51 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º7 grupo 5....	XXXVI
Tabela nº C.52 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º8 grupo 5...	XXXVII
Tabela nº C.53 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º9 grupo 5...	XXXVII
Tabela nº C.54 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 6..	XXXVIII
Tabela nº C.55 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 6..	XXXVIII
Tabela nº C.56 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º3 grupo 6....	XXXIX
Tabela nº C.57 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 6....	XXXIX
Tabela nº C.58 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 6.....	XL
Tabela nº C.59 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 6.....	XL
Tabela nº C.60 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º7 grupo 6.....	XLI
Tabela nº C.61 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º8 grupo 6.....	XLI
Tabela nº C.62 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º9 grupo 6.....	XLII
Tabela nº A.1 Síntese das definições de lesão desportiva encontradas .....	XLVIII

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

°C	Graus Centígrados
ABC	<i>Airway Breathing Circulation</i>
AM	Academia Militar
APA	<i>American Psychological Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIEFM	Curso de Instrutores de Educação Física Militar
CPSPAR	Curso de Primeiros Socorros para Profissões de Alto Risco
CTEMPS	Curso de Técnicas de Emergência Médica para Profissionais de Saúde
EA	Escola das Armas
EFM	Educação Física Militar
FCS EC	Curso de Formação Complementar em Saúde, Emergência e Catástrofe
FND	Força Nacional Destacada
GAM	Ginástica de Aptidão Militar
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MarCor	Marcha-Corrída
MEDEVAC	Missão de Evacuação Aeromédica
NATO	<i>North Atlantic Treaty Organization</i>
NEP	Norma de Execução Permanente
OG	Objetivo Geral
PD	Pergunta Derivada
PHTLS	PreHospital Trauma Life Support
PLS	Posição Lateral de Segurança
PP	Pergunta de Partida
RCP	Ressuscitação cardiopulmonar
REFE	Regulamento de Educação Física do Exército
SAV	Curso de Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SOC BQ	Curso de Primeiros Socorros para Elementos de Defesa Biológica e Química

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TAT	Tripulante de ambulâncias de Transporte
TC3/ TCCC	<i>Tactical Combat Casualty Care</i>
TEMPAR	Técnicas de Emergência Médica para Profissões de Alto Risco
U/E/O	Unidade / Estabelecimentos / Órgão
VOS	Ver Ouvir Sentir
$\alpha$	<i>Alfa de Cronbach</i>

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada (RCFTIA) constitui uma etapa na estrutura curricular do Mestrado Integrado em Ciências Militares na especialidade de Infantaria. Tem como objetivo a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso na Academia Militar (AM), para a obtenção do grau académico de mestre.

A presente investigação encontra-se subordinada ao tema: “Avaliação do nível de conhecimento dos Oficiais do Exército Português para intervirem em situações de Emergência Médica”. Além de representar o culminar da formação dos futuros Oficiais do Quadro Permanente do Exército Português visa, também, o aprofundamento das matérias institucionais, assim como, o conhecimento das dificuldades sentidas pelos Oficiais. Neste contexto, é objetivo verificar a adequabilidade dos conhecimentos dos Oficiais de Educação Física Militar (EFM) para atuarem em situações de emergência médica. Com vista a atingir este objetivo delimita-se os conceitos inerentes à prática de Primeiros Socorros e estabelece-se uma relação entre o Curso de Instrutores de Educação Física Militar (CIEFM) e o auxílio prestado pelas Secções Sanitárias das respetivas Unidades. É de realçar que o presente trabalho tem por base os conhecimentos dos Instrutores adquiridos no Curso de Instrutores de EFM, o que permite uma delimitação da investigação e uma melhor análise dos dados recolhidos.

O desporto encerra um papel essencial na vida de um militar e, nesta medida, “é unânime considerar-se que a prática de atividade física regular concorre para a melhoria da saúde e para o bem-estar ao longo da vida” (Almeida, 2018, p. 7). Em virtude da perigosidade dos acidentes e lesões aliada à sua elevada probabilidade de ocorrência, é importante deixar o devido registo de que “qualquer intervenção com o objetivo de diminuir o tempo de paragem e acelerar a recuperação deve ser vista como uma mais-valia para o atleta” (Pereira, 2018, p. 2,3). Neste âmbito, torna-se pertinente possuir uma base sólida de conhecimentos na área da saúde pois, o socorrista pode salvar vidas. Por conseguinte, “a sua capacidade para avaliar rapidamente a urgência da situação, a sua rapidez de intervenção e os seus conhecimentos e competências de base são determinantes. Quando uma vida está em risco, todos os segundos contam!” (Brunet et al, 2014, p. 23).

A lesão desportiva, no sentido mais amplo, refere-se aos tipos de lesões com maior



ocorrência durante a prática de desporto ou de exercícios físicos. A sua definição difere de autor para autor. De forma a enquadrar este conceito, segundo Castro (2008), é uma patologia traumática obtida durante a prática de um exercício, produzindo uma ou mais das seguintes situações: diminuição ou limitação da atividade física, necessidade de cuidados ou aconselhamento médico, consequências negativas quer economicamente, quer socialmente.

Os conhecimentos para aplicar os procedimentos de primeira instância devem ser dominados pelos responsáveis por toda a Instrução. Por outras palavras, o domínio deste tipo de matérias torna-se crucial para um Instrutor (Regulamento de Educação Física do Exército<sup>1</sup>, 2002), uma vez que, este e a sua equipa são os primeiros elementos a atuar perante este tipo de situações. Por imperativo lógico, como responsável pela instrução, é da sua competência aplicar as medidas mais adequadas para evitar o agravamento da lesão. Destarte, é preponderante verificar a adequabilidade dos conhecimentos dos Instrutores de EFM para atuarem em situações de emergência médica.

A seleção de um tema revestido de tamanha complexidade prende-se com a vontade do investigador desenvolver os seus conhecimentos na área dos Primeiros Socorros, assim como, o seu interesse pessoal com a EFM e a realidade que enfrentará no futuro. A identificação de lacunas ou potencialidades dos conhecimentos dos Instrutores para atuarem em situações de emergência médica constata uma ferramenta que permite, em última instância, propor melhorias.

A matéria em questão é um tema muito abordado na sociedade atual, como tal, existe muita informação sobre a mesma, quer a nível da especialidade de saúde, quer a nível de profissionais do desporto. Contudo uma abordagem no seio militar é algo ainda em desenvolvimento, tendo ocorrido já alguns estudos referentes a prevenções de lesões desportivas. Assim, uma análise das capacidades de assistência imediata após o acidente, é um instrumento com o propósito de obter uma visão holística do panorama atual do estado e capacidades de intervenção em caso de lesões.

Durante qualquer instrução de EFM, deve estar disponível uma equipa médica pronta a atuar. Essa equipa médica pode ser composta por apenas um Socorrista ou pode também dispor de um enfermeiro e ambulância. Contudo, a prática sugere que nem sempre é possível a presença de equipa médica.

Com efeito, este trabalho pretende clarificar a situação existente nas instruções de EFM, quer pela Assistência Sanitária prestada pelas Unidades, quer pelos conhecimentos de

---

<sup>1</sup> Doravante designado por REFE.

atuação por parte dos Instrutores.

Com a apresentação do tema de investigação, assim como da justificação da seleção do mesmo e a sua pertinência de análise, é possível formular a Pergunta de Partida (PP) que “constitui a abordagem ou a perspetiva teórica que se decide adotar” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 89). Desta forma, a PP redigida é: “Qual é a adequabilidade dos Conhecimentos dos Oficiais de Educação Física Militar para atuarem em situações de Emergência médica?”

Por outro lado, a PP contribui para atingir o objetivo geral (OG) da investigação, que consiste em verificar a adequabilidade dos conhecimentos dos Oficiais de Educação Física Militar para atuarem em situações de emergência médica. É de notar que, do objetivo geral decorrem objetivos específicos (OE), que proporcionam uma abordagem mais detalhada e sequencial à matéria em questão. Assim sendo, os OE são os seguintes:

**OE<sub>1</sub>** - A caracterização dos conhecimentos teóricos e operacionais dos Instrutores relativo a Primeiros Socorros;

**OE<sub>2</sub>** - A Identificação das vantagens de os Instrutores possuírem conhecimentos relativos aos Primeiros Socorros;

**OE<sub>3</sub>** - A caracterização da perceção dos conhecimentos dos Instrutores sobre Primeiros Socorros;

**OE<sub>4</sub>** - A identificação das fontes de informação utilizadas pelos Instrutores em matérias de Primeiros Socorros.

A presente investigação contempla as sete etapas apontadas por Quivy & Campenhoudt (1998):

Etapa 1 – A pergunta de Partida;

Etapa 2 – A Exploração;

Etapa 3 – A Problemática;

Etapa 4 – A Construção de um Modelo de Análise;

Etapa 5 – A Observação;

Etapa 6 – A Análise das Informações;

Etapa 7 – As Conclusões.

As etapas 1, 2 e 3 contemplam a seleção, justificação e formulação da problemática a abordar. Para tal, as entrevistas exploratórias realizadas aos entrevistados A e B<sup>2</sup> permitiram uma sustentação da revisão de leitura, assim como, uma delimitação da

---

<sup>2</sup> Vide Apêndice D e E.

investigação a fim de culminar numa abordagem mais precisa.

As etapas 4 e 5 têm com a finalidade alcançar os objetivos definidos para a investigação e compreendem duas partes essenciais. Primeiramente, a análise do estado da arte através de obras literárias que abordam a temática em estudo e outras investigações na mesma área. A segunda parte, encerra o trabalho de campo com vista à recolha de informação e dados relativos à problemática, a fim de responder às perguntas levantadas pela investigação. Os dados foram obtidos através da concretização de um inquérito por questionário.

Por último, as etapas 6 e 7 têm por objetivo analisar os dados recolhidos, assim como, tecer considerações sobre os mesmos e efetuar algumas recomendações sobre a problemática.

No que se refere à estrutura do presente RCFTIA, esta encontra-se dividida em três partes, sendo a pré-textual, textual e pós-textual.

A primeira parte, que antecede o texto, compreende a “Capa” até à “Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos”. A parte pós-textual, diz respeito aos apêndices e anexos da investigação. A parte Textual, é constituída pela “Introdução”, por cinco capítulos, subdivididos em temáticas relativas à investigação, e pelas “Conclusões e Recomendações”.

No que diz respeito à “Introdução”, esta tem como finalidade a explanação, de uma forma geral, da investigação, através da apresentação da temática e sua justificação de escolha. Neste sentido, expõe a pertinência no âmbito da conclusão do ciclo de estudos do mestrado em questão. Além disso, apresenta a PP, bem como, os objetivos da investigação.

Os cinco capítulos, encontram-se subdivididos para facilitar a compreensão global do fenómeno estudado, sendo os três primeiros referentes ao estado da arte, o quarto capítulo replica a metodologia adotada e o quinto capítulo evidencia a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

O estado da arte patenteia uma apresentação dos conteúdos presentes no REFE (2002) a par de uma abordagem feita por autores do foro exterior do Exército Português.

O primeiro capítulo refere-se à prevenção de acidentes, Primeiros Socorros e ao plano de intervenção do socorrista. Assim, apresenta e distingue os tipos de prevenção (Primária e Secundária), a definição de Primeiros Socorros, a caracterização do Socorrista e uma apresentação geral de um “plano de intervenção” de um Socorrista.

O segundo capítulo refere as várias definições de lesão, a sua classificação, os tipos de lesão e os procedimentos perante cada uma delas. As lesões apresentadas neste capítulo têm por base as constantes no REFE, bem como, as lesões mais comuns nas instituições de

ensino superior militar estudadas por Nunes (2011).

O terceiro e último capítulo da revisão de literatura, apresenta o CIEFM, no qual, efetua uma abordagem apenas referente às matérias de Primeiros Socorros, prevenção de acidentes e o impacto destas matérias na avaliação dos Instrutores.

O quarto capítulo apresenta a metodologia de investigação, nomeadamente, o método de abordagem, método de análise, técnicas, procedimentos e meios utilizados.

O quinto capítulo tem por finalidade apresentar e analisar os dados recolhidos ao longo da investigação e, por fim, efetuar a discussão dos mesmos. Este capítulo faz referência à amostra pelo posto hierárquico, pelo ano de término do curso de EFM e apresenta alguns dados estatísticos da idade e anos de serviço. Para análise e discussão de resultados foi utilizada uma escala que classifica os inquiridos por grupos de forma a extrair uma visão geral dos conhecimentos. Neste âmbito, são algumas questões em particular são referidas devido à relevância da sua abordagem individualizada.

Por último, as “Conclusões e Recomendações” apresentam as respostas às Perguntas Derivadas (PD), assim como à PP. Estas respostas representam o culminar de toda a investigação sustentando-se, assim, no quadro teórico tecido e na análise e recolha de dados. Neste contexto, são levantadas propostas de investigações futuras na mesma área, assim como, alterações que visam mitigar os problemas detetados ao longo da investigação.

Ainda de referir que, o presente RCFTIA segue a Norma de Execução Permanente (NEP) para a redação de trabalhos científicos na AM 522/1ª, de 20 de janeiro de 2016.

## **CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Os acidentes podem, em alguns casos, ser evitados através de uma prevenção simples como a mudança nos hábitos de vida. Contudo, a possibilidade de estes acontecerem é uma constante realidade. Assim, a via mais eficaz de proporcionar uma redução da gravidade e de uma recuperação mais rápida da lesão após o acidente é através do socorro prestado nos primeiros instantes. A “eficácia deste primeiro socorro será tanto maior quanto maior for a formação do socorrista” (Baptista, 2008, p. 11).

Este capítulo destina-se a apresentar os conceitos basilares desta investigação, assim como, clarificar os conhecimentos relativos à mesma. Assim, aborda a prevenção primária e secundária, os procedimentos em caso de acidente, a definição de Primeiros Socorros e o plano de intervenção do socorrista.

### **1.1. Prevenção de acidentes**

Os acidentes ou lesões podem ocorrer devido a diversos fatores. Acresce referir que, quando identificados podem ser combatidos de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência ou, caso ocorram, atenuar a sua gravidade (REFE, 2002). Assim, as medidas de prevenção são focadas na redução do risco de lesão e da sua severidade (Ferreira de Castro, 2005). Neste contexto, “os métodos de prevenção devem ser planeados e executados de forma eficaz, utilizando o estudo dos fatores de risco das lesões” (Cardoso, 2008, p. 12). Nesta lógica, as “estratégias de prevenção do risco de lesão no desporto, para serem eficientes devem estar centradas no atleta” (Oliveira, 2016, p. 22).

Em conformidade com Carvalho (2009), as medidas de prevenção são articuladas em dois níveis: prevenir que o acidente aconteça (Prevenção Primária), e as medidas após o acidente com o propósito de minimizar a gravidade da lesão e proporcionar uma melhor e mais rápida recuperação (Prevenção Secundária).

#### **1.1.1. Prevenção Primária**

A Prevenção Primária é o período antecedente ao acidente, materializada por ações desenvolvidas para reduzir a sua probabilidade de ocorrência (Simões, 2005). O responsável pela prática desportiva possui um papel decisivo na gestão de todo o processo de treino, planeando as atividades de forma a minimizar os riscos de lesão (Oliveira 2016). Segundo o mesmo autor, os fatores a ter em conta são: piso a usar, o calçado, o equipamento e o

praticante.

De acordo com Horta (1995), este tipo de prevenção tem duas vertentes: a primeira já enunciada anteriormente, que passa pelos cuidados a ter para reduzir a incidência da lesão. A segunda visa promover o desenvolvimento da personalidade e a saúde (nutrição). Apesar desta prevenção ainda ser pouco conhecida, é importante ter em atenção fatores como “idade, tipo de alongamento, frequência de treino, duração, e intensidade [na ponderação da] prevenção de lesões” (Almeida et al., 2017, p. 341). Cardoso (2008, p.103) acrescenta que o “treino de agilidade incorpora componentes importantes do treino e pode contribuir positivamente para a redução da incidência de lesões”.

### **1.1.2. Prevenção Secundária**

A Prevenção Secundária consiste nas ações realizadas no momento imediato ao acidente, sendo que é onde ocorre o processo patológico da lesão no organismo. Esta intervenção é da autoria do responsável pela prática (Simões, 2005). Estas ações visam, se possível, o tratamento precoce para reduzir a gravidade e o tempo de incapacidade do lesado. Como tal, é necessário um constante estado de alerta a qualquer situação preponderante à ocorrência de lesões. O controlo do acidente ou da regressão do grau da lesão são ditados pela assistência no momento (Simões, 2005). O mesmo autor ainda afirma que, a Prevenção Secundária consiste na procura de orientação médica, fisioterapeuta ou profissional do desporto antes da prática desportiva procurando, desta forma, evitar problemas cardiorrespiratórios ou musculoesqueléticos.

## **1.2. Procedimentos em caso de acidente**

Segundo o REFE (2002), em caso de acidente existe um conjunto de procedimentos que o Instrutor deve adotar, isto para além dos procedimentos específicos para cada tipo de lesão. O Instrutor deve, assim que ocorrer o acidente, chamar de imediato os responsáveis de saúde da unidade e “em particular o médico”, “não tocar ou deslocar o acidentado, quando tal se justifique” (REFE, 2002, p. 7-3). Ainda deve deslocar a restante turma para outro local, ficando outro elemento da Equipa de Instrução responsável por continuar a aula. Neste âmbito, deve permanecer sempre junto do acidentado, assim como, deve cobri-lo com qualquer agasalho, em especial se este estiver a entrar em estado de choque e resguardá-lo do sol, chuva, vento ou frio.

### 1.3. Primeiros Socorros

Em caso de ocorrência de um acidente que resulte em lesão, “prestar [o devido] auxílio é uma responsabilidade”. O papel desta intervenção imediata pode “melhorar a situação de uma pessoa em perigo” ou mesmo “salvar-lhe a vida” (Brunet et al., 2014, p. 22).

Primeiros Socorros, segundo Brunet (2014), define-se como emprego de determinados procedimentos cruciais na intervenção em caso de acidente ou doença súbita. Nesta ótica, esta prática possui os seguintes objetivos: “prestar auxílio imediato à vítima; salvar-lhe a vida, impedir a deterioração do seu estado, reconfortá-la e apoiar os seus familiares, aliviar-lhe a dor e o sofrimento enquanto aguarda pela chegada dos meios de socorro” (Brunet et al, 2014, p. 22).

Consoante Sousa (2018), perante um acontecimento inesperado ou indesejável que aconteça a uma pessoa, os Primeiros Socorros contribuem para uma melhoria do estado de saúde, na medida a minimizam riscos futuros. A mesma autora separa os Primeiros Socorros de atendimento pré-hospitalar. Deste modo, o primeiro é um atendimento imediato para qualquer situação que apresente uma disfunção do corpo, em que muitas vezes a atuação é levada a cabo sem necessidade de ajuda especializada. O atendimento hospitalar exige a necessidade de encaminhamento para assistência especializada e intervenção médica da área a que se refere a lesão.

O Socorrista é “um salvador não profissionalizado que faz parte do público em geral”<sup>3</sup>. Dessarte, o interveniente em Primeiros Socorros ou “Socorrista diplomado” é um profissional que dadas suas funções é imperativo possuir conhecimentos teóricos e práticos intrínsecos aos cuidados imediatos (Brunet et al., 2014, p. 22). Os prestadores de cuidados, apresentados pelo mesmo autor, estão ligados aos profissionais de saúde, nomeadamente, médicos, enfermeiros, técnicos paramédicos das ambulâncias, entre outros da mesma área.

A formação do Socorrista adquire-se através de exercícios práticos e simulações repetidas, de forma a dominar os procedimentos de assistência imediata. Os seus conhecimentos devem ser revistos regularmente para manter uma atualização constante dos procedimentos em vigor (Brunet et al., 2014).

---

<sup>3</sup> Para fazer esta afirmação, o autor socorre-se da *American Heart Association* e na *Fondation des maladies du coeur Canada* (2010).

#### **1.4. Plano de Intervenção de um Socorrista**

A função do Socorrista é “limitada e temporária” (Brunet et al., 2014, p. 23), a qual segue um plano de intervenção<sup>4</sup>. Assim, este assume a responsabilidade pela situação de emergência média enquanto aguarda a chegada de ajuda especializada. Portanto, o referido plano de intervenção constitui a ferramenta elementar que dita os procedimentos a seguir para que a intervenção seja realizada de forma segura e adequada. Este plano é dividido por 6 fases (Brunet et al., 2014).

A primeira fase reside no contacto com o acidente e numa “avaliação da situação”. Esta tem como intuito “julgar, observar e analisar os factos” (Brunet et al., 2014, p. 36) através da verificação das condições de segurança envolventes e a possível necessidade de mover o acidentado.

A segunda fase designada por “o responsabilizar pela situação”, diz respeito ao controlo da situação, na qual ocorre a interação entre o assistente e o lesado (procura de consentimento na administração de Primeiros Socorros), assim como, com os elementos envolventes.

A terceira fase, assinalada pelo exame à vítima (exames primário e secundário), dita os procedimentos que orientam o Socorrista na aplicação dos Primeiros Socorros. Neste sentido, procura por indícios dos sinais vitais da vítima, avalia o estado de consciência da mesma, nomeadamente, a respiração, a circulação sanguínea (ritmo cardíaco), a existência de hemorragias (internas ou externas) e o estado de choque da vítima. Posto isto, procura toda e qualquer anomalia no corpo.

A quarta fase representa a administração dos Primeiros Socorros, materializada pela aplicação dos procedimentos com vista a salvar a vida ou impedir o agravar da lesão.

A quinta fase constitui a observação da vítima após os cuidados. Por conseguinte, a vítima necessita de uma constante observação, dado que pode sofrer alterações do seu estado de forma inesperada.

A sexta e última fase é a transmissão da informação, que consiste na chegada da ajuda especializada. O socorrista deve transmitir toda a informação crucial desde todos os pormenores que registou, às avaliações efetuadas, todos os procedimentos aplicados e todas as queixas ou sintomas apontados pela vítima. (Brunet et al., 2014).

---

<sup>4</sup> Vide Apêndice A.



## **CAPÍTULO 2 – LESÕES E PROCEDIMENTOS DE PRIMEIRA INSTÂNCIA**

A fim de interpretar o processo que induz à lesão, é importante perceber as estruturas orgânicas envolvidas e as várias reações do organismo numa situação de atividade motora.

### **2.1. Anatomia envolvida**

O corpo humano, segundo Nunes (2011), é composto por 208 ossos que se interligam por mais de 200 articulações e com cerca de 640 músculos distintos. Este sistema músculo-esquelético é “entendido como um sistema de alavancas constituídas por um braço da alavanca (osso), um ponto de apoio (articulação) e um sistema de produção de força (músculo)” (Proença, 2008, p. 11).

Os ossos patenteiam o suporte esquelético do corpo (Nunes, 1998). Segundo White (2011) são elementos rígidos do aparelho locomotor que fornecem um apoio aos músculos e, como tal, constituem segmentos de alavanca que proporcionam a mobilidade das diferentes partes do corpo.

As articulações representam elementos de contacto entre os diferentes ossos que concebem o esqueleto possuindo, assim, diversas funções e tipos diferentes. Conforme Nunes (2011), as articulações são compostas pelo fragmento rijo localizado nas extremidades de dois ou mais ossos e uma porção mole, que integra a ligação para as extremidades ósseas e os ligamentos. Enquanto alguns ligamentos permitem a mobilidade das partes do corpo outros, com pouca mobilidade, servem para sustentar e manter unidas as partes do esqueleto.

Por fim, os músculos, constituídos por fibras musculares (Pina, 2010), fixam-se aos ossos através de tendões (Barata & Coelho, 1998) e representam cerca de 50% do peso total do corpo humano. Acresce referir que, são responsáveis pelo movimento corporal e pelo desenvolvimento da força (Massada, 1989). A contração muscular, proporcionada pela transformação de energia química (fornecida pelo nutrientes) em energia mecânica, possibilita o movimento do corpo e a circulação do sangue e da urina facilitando, assim, a ventilação pulmonar (Nunes, 1998).

## 2.2. Definição de lesão

A definição de lesão não é consensual na comunidade científica existindo, assim, diversas definições (Massada, 2003). Segundo Soromenho, Bravo, Pascoal & Machado (2010), a lesão pode ser definida consoante alguns critérios isolados como, por exemplo, a carência de cuidados médicos, a severidade da mesma ou o tempo de recuperação. Por outro lado, numa perspetiva mais ampla, é possível considerar a lesão sempre que o limite de resistência do movimento é ultrapassado, sendo este mutável consoante a estrutura e o organismo em questão, para diferentes estímulos ou solicitações funcionais (mecânicas, químicas ou térmicas) (Pascoal, 2010).

Desta forma, a definição de lesão compreende duas ideias-chave: é todo o traumatismo referenciado pelo praticante durante um tempo específico da prática do exercício, e é toda a patologia traumática que obriga a uma interrupção da atividade desportiva (Massada, 2003).

O Conselho da Europa (1989)<sup>5</sup> define a lesão como uma patologia traumática obtida durante a prática de um exercício produzindo, desta forma, uma ou mais das seguintes situações: diminuição ou limitação da atividade física, necessidade de cuidados ou aconselhamento médico, consequências negativas quer economicamente, quer socialmente (Castro, 2008).

Uma lesão desportiva pode ser igualmente definida como o resultado do treino ou competição suficiente para provocar uma alteração ao mesmo, desde a frequência, forma, intensidade ou duração por um período igual ou superior a uma semana (Laurino, Lopes, Mano, Cohen & Abdalla, 2000).

Caine, Caine & Lindner (1996), descrevem a lesão como uma condição ou sintoma que o praticante experimenta durante ou após o treino/competição, desde que condiga com uma das seguintes condições: tenha sido motivo para interromper a atividade física num período inferior a 24 horas ou tenha alterado o seu plano de treino quer quantitativamente, quer qualitativamente.

Apesar das diferentes definições de lesão<sup>6</sup>, Castro (2011) aponta para a coexistência de três critérios comuns nas definições: a implicação de uma paragem na atividade física, a necessidade de tratamento ou observação especializada e a alteração da *performance* do praticante.

---

<sup>5</sup> *Sports Injuries and Their Prevention, Netherlands Institute of Sports Health Care.*

<sup>6</sup> Vide Anexo A.

### 2.3. Classificação da lesão

As lesões são classificadas em relação à tipologia. Assim, existem dois conjuntos: lesões macro traumáticas e lesões micro traumáticas (Barata, 1997).

As lesões macro traumáticas resultam de movimentos repentinos (Kjaer, Magnusson & Krogsgaard, 2003), onde um agente agressor de alta energia, superior à capacidade de resistência do tecido, rompe a estrutura orgânica (Barata, 1997). Neste sentido, são igualmente denominadas de *overstress* ou agudas (Massada, 1989). Esta tipologia de lesão é facilmente identificada, a qual surge agudamente e é nitidamente perçecionada a relação entre o elemento agressor e o aparecimento da lesão (Massada, 1989). Acresce referir que, é comum em atividades que requerem contacto físico e gestos explosivos (exemplo: luta ou futebol) ou de alta velocidade (exemplo: esqui ou *downhill*) (Kjaer et al., 2003).

As lesões micro traumáticas são provocadas por uma atividade repetitiva, de baixa energia e de baixo impacto (exemplo: andar, correr, nadar) (Kjaer et al., 2003). Nesta ótica, são designadas, também, por *overuse* ou de sobrecarga (Almeida, 2018). Estas atividades são caracterizadas pelo elevado período de tempo devido à repetição do mesmo movimento. Este tipo de lesão impossibilita uma adaptação dos tendões e músculos à carga repetida do movimento (Kjaer et al., 2003; Tandoğan, Mann & Verdonk, 2011).

### 2.4. Lesões mais frequentes

Cada estrutura anatómica, de cada desportista, influencia o tipo de lesões mais comuns (Nunes, 2011). Segundo Oddsson (2011), é compreensível que para cada tipo de desporto há um conjunto de lesões mais comuns, pois praticantes de atletismo não terão as mesmas patologias que um praticante de natação ou de ténis de mesa.

No caso do Exército Português, Nunes (2011) e Carvalho (2009) realizaram, estudos relativos às lesões no seio militar, obtendo a conclusão de que as lesões mais comuns variam entre entorses, fraturas, rotura de ligamentos, roturas musculares, tendinites e canelites. É ainda de salientar que estes mesmos estudos referem uma acentuada origem da lesão por macro traumatismos e incidência das lesões nos membros inferiores do corpo.

## **2.5. Tipos de lesão**

### **2.5.1. Lesões Articulares**

#### **2.5.1.1. Entorses**

As entorses representam a lesão mais comum entre praticantes, a qual é caracterizada por constituir uma lesão músculo-esqueléticas (Tandoğan et al., 2011). Nas entorses existe uma rotura parcial do ligamento ou do conjunto de ligamentos de uma determinada articulação (Proença, 2008). Neste contexto, os cenários descritos têm a sua génese em movimentos bruscos que exercem uma carga excessiva sobre a articulação ultrapassando, desta forma, o normal movimento da mesma (Rocha, 1967). A gravidade da lesão varia consoante o nível dos feixes ligamentares, associados ou não a lesões capsulares e/ou da cartilagem articular (Nunes, 1998). O REFE (2002) refere que “na entorse há a distensão ou rotura dum ligamento ficando porém, as superfícies em contacto”. No que diz respeito à forma de atuação, os Instrutores de EFM são instruídos a dar repouso à articulação, “elevar a zona afetada” e aplicar frio na zona da lesão. Além disto, devem ter em consideração o seguinte:

“A articulação não deve suportar qualquer peso; Não aplicar calor ou pomadas Termo estimulantes, por produzirem dilatação dos vasos sanguíneos; se estes apresentam roturas, a quantidade de sangue extravasado é maior, o hematoma aumenta, tornando-se mais difícil a sua reabsorção; Não massajar nas primeiras 24-48 horas, uma vez que isso vai produzir vasodilatação e retardar o período de coagulação, com as consequências atrás referidas” (REFE, 2002, p. 7–9).

#### **2.5.1.2. Luxações**

A luxação traumática é a perda total do contacto entre as superfícies articulares de uma articulação, caracterizada por uma lesão “total do sistema capsulo-ligamentar principal”. Neste âmbito, é importante mencionar que, a subluxação é a “interrupção autolimitada, de curto prazo e parcial” entre as superfícies articulares de uma articulação, sendo caracterizada “por lesão de parte do sistema capsulo-ligamentar” (Oliveira, 2016, p. 12). Acresce ainda referir que, pode ser repetitiva e sem nenhum trauma. As primeiras luxações não tratadas correm o risco de se tornarem repetitivas.

As luxações têm origem num choque direto, sendo que é fundamental ressaltar que, é considerada mais grave que uma entorse (Nunes, 1998). Segundo o REFE (2002), trata-se do afastamento de um segmento ósseo da sua articulação. Neste âmbito, refere a existência de dois tipos de luxação: incompleta (ou subluxação) e completa. A primeira é caracterizada

pelo contacto entre as superfícies articulares e, a segunda, pela inexistência do mesmo. É essencial verificar os sinais de lesão, na medida em que, “além da deformação da extremidade do osso, [existe] dor intensa, edema e dificuldade ou impossibilidade do movimento normal” (REFE, 2002, p. 7-8). Neste caso, é necessária a atuação imediata, imobilizar o sinistrado colocando-o numa posição confortável, repousante e aplicar panos molhados e frios (REFE, 2002).

## **2.5.2. Lesões Musculares**

### **2.5.2.1. Cãibra**

Segundo Nunes (1998), a cãibra é muito comum no recomeço da atividade física, após paragens prolongadas ou quando a carga do treino é intensa. Esta lesão causa uma dor intensa devido à involuntária contração e endurecimento do músculo. A causa do seu aparecimento pode ser distinta, tendo como origem as seguintes situações: “lesões neurológicas como tétano e poliomielite, endócrinas, infecciosas ou inflamatórias, musculares congénitas e metabólicas” (Nunes, 1998, p. 83). A causa metabólica é a mais comum tendo na sua génese a hiponatremia (falta de sódio), a hipocalcemia (falta de cálcio) ou a fadiga. Brunet (2014) refere o calor como responsável pelas cãibras, face à desidratação tornar mais difícil o relaxamento do músculo provocando, deste modo, espasmos dolorosos para o atleta.

O REFE (2002) dita que deve ser aplicada uma massagem muscular acompanhada da contração de forma ativa e voluntária do músculo até ao seu relaxamento. Além disso, devem ser ministrados líquidos com teor de cloreto de sódio (REFE, 2002). Com efeito, Brunet (2014) afirma que o repouso, o arrefecimento, os estiramentos e aplicação de gelo e a ingestão de bebidas energéticas ou pequenas porções de sumo, leite ou água são práticas que promovem o relaxamento do músculo.

### **2.5.2.2. Contusões**

Segundo Massada (1989), a contusão é uma lesão fechada gerada pela ação de um elemento externo agressivo que produz uma ação localizada e concentrada de uma força traumática. Este choque tem como consequências: a impotência funcional, derrame hemático e dor. A sua severidade depende da violência do choque, a qual, pode assumir uma simples contusão, com uma equimose, até um traumatismo violento como rotura ou mesmo fratura (Nunes, 1998). De acordo com o REFE (2002), é uma lesão traumática que resulta de uma agressão mecânica que produz alterações orgânicas. Neste sentido, tem como sintomas a dor

local, a equimose ou o hematoma e a impotência funcional. Como forma de atuação os Instrutores devem: em caso de contusão ligeira, aplicar um penso compressivo e realizar uma ligeira imobilização; em caso de contusão grave, deve ser tratada como de uma fratura se tratasse (REFE, 2002).

#### **2.5.2.3. Contratura**

A contratura tem origem no esgotamento ou fadiga do acumular de elementos metabólicos, como o ácido láctico, prejudiciais ao músculo em questão. Quando não tratada, antevem de uma rotura muscular (Nunes, 1998). Acresce referir que, consiste num mecanismo de defesa das estruturas anatómicas hipersolicitadas, caracterizada pelo aparecimento de espasmos musculares tónicos que conduzem à hipertonia muscular. Assim, a prática de um exercício intenso e inabitual pode provocar este tipo de lesão (Massada, 1998).

#### **2.5.2.4. Rotura muscular**

A rotura muscular é uma “contração violenta do músculo sobrepondo-se à sua capacidade contráctil, ou menos frequente, devida a uma contusão seguida duma contração violenta de defesa” (REFE, 2002, p. 7-9). De acordo com o regulamento referido, resulta numa falta de coordenação entre os movimentos dos músculos agonistas e antagonistas.

Segundo Horta (2010) a rotura muscular<sup>7</sup> corresponde um rompimento das fibras musculares. Segundo Nunes (1998), ocorre quando é atingindo o limite da elasticidade das fibras musculares, originando roturas em algumas. Horta (2010) refere que, estas podem ser classificadas como microrroturas (se for de apenas alguns milímetros), roturas parciais (com alguns centímetros) e roturas totais (separa totalmente o musculo).

Nunes (1998) menciona que, esta lesão resulta de fadiga, excesso de esforço, carga de treino intensas, contusões não tratadas, alimentação desequilibrada e falta de aquecimento antes da prática do exercício.

Os sintomas associados a esta lesão são a dor intensa sentida no momento da lesão, que melhora com o repouso, mas que se não tratada volta a aparecer quando for exercitado novamente. Neste caso, aparece um inchaço devido ao hematoma acompanhado por um equimose e o lesado sentirá uma impotência, em maior ou menor grau, do músculo lesado (REFE, 2002). Os Instrutores de EFM são preparados para, perante este tipo de acidente,

---

<sup>7</sup> Designada igualmente por distensão muscular.

“repousar o músculo afetado; aplicar compressas; aplicar frio (bolsa de gelo) sobre o penso compressivo; Tomar anti-inflamatórios” (REFE, 2002, p. 7-10). Acresce referir que, no REFE (2002), existem comportamentos prejudiciais à recuperação desta lesão. Deste modo, procedimentos como massajar antes de decorrer um prazo de 24-48 horas após o acidente e aplicar analgésicos a fim do atleta não sentir dor não devem ser empregues.

### **2.5.3. Tendinites**

A tendinite “é uma condição que envolve uma resposta inflamatória dentro do próprio tendão” (Oliveira, 2016, p. 17). O mesmo autor indica que a sua origem consiste numa excessiva repetição de um determinado movimento levando ao seu limite fisiológico e, por conseguinte, na dor localizada no tendão (Bhardwaj, 2013). Além disso, Nunes (1998) refere um aquecimento precário, solos excessivamente duros, exercícios mal-executados ou mesmo infeções que tornem o tecido do tendão frágil, como causas potenciais no desenvolvimento de uma tendinite. Posto isto, esta é uma lesão bastante frequente nos desportistas (Nunes, 1998).

Nunes (1998) divide a lesão em 4 estados: fase inicial, fase inflamatória, fase pré-rotura e, por fim, rotura tendinosa. Deste modo, a fase inicial<sup>8</sup> consiste numa dor na execução do movimento. Com efeito, a redução da carga de treino, um aquecimento mais eficiente e uma massagem na zona afetada são comportamentos que reduzem a dor. Contudo, caso a dor seja ignorada e nenhuma medida de precaução não for tomada, a lesão possui uma forte tendência para evoluir para a fase inflamatória.

A segunda fase, para além da dor, inclui sinais de inflamação e dificuldade na execução do movimento. Portanto, requer uma paragem da prática desportiva com especial enfoque na zona lesada, realização de aquecimento extenso e gradual antes do esforço, gelo, aplicação de anti-inflamatórios, realização de fisioterapia, entre outros (Nunes, 1998).

Todavia, a possibilidade do agravamento desta lesão deve ser ponderada. Destarte, a fase de pré-rotura é caracterizada por uma dor intensa que impede o desportista de realizar as atividades quotidianas. Posto isto, é categórico uma paragem total da atividade física acompanhada por fisioterapia (Nunes, 1998).

Por último, o tratamento da rotura tendinosa consiste numa reparação do tendão por intermédio de uma intervenção cirúrgica (Nunes, 1998). Posteriormente, a zona lesada deve ser imobilizada e tratada através da utilização de calor. Seguidamente, a atrofia do músculo

---

<sup>8</sup> Os atletas, por regra, não procuram ajuda especializada (Nunes, 1998).

é combatida por via de exercícios terapêuticos, massagens (REFE, 2002).

## **2.6. Fraturas**

A fratura<sup>9</sup> consiste numa “rotura na continuidade de um osso” (Proença, 2008, p. 30) acompanhada da afetação de tecidos moles como nervos, músculos, pele, ligamentos ou vasos sanguíneos (Brunet et al., 2014). Posto isto, um traumatismo violento, fadiga ou sobrecarga ou a evolução de um traumatismo pequeno são causas potenciadoras da ocorrência de uma fratura<sup>10</sup> (Proença, 2008). Desta forma, uma “força energética superior à capacidade de absorção [do osso] pode causar uma fratura” (Baptista, 2008, p. 143).

Segundo REFE (2002), as fraturas podem ser classificadas em abertas (expostas) e fechadas. A primeira é caracterizada pela exposição do osso com um rompimento da pele, podendo este infetar. Por outro lado, na segunda, pele permanece intacta e o osso não é exposto.

Quanto ao grau da fratura, consideram-se as completas e incompletas. As fraturas completas materializam-se numa separação em uma ou mais partes do osso. As incompletas caracterizam-se pela continuidade do osso. É de salientar que, quanto à direção da mesma, relativa ao eixo longitudinal do osso, pode ser oblíqua, transversa ou helicoidal (REFE, 2002).

A forma de atuação de um Instrutor deve adotar os seguintes comportamentos<sup>11</sup>: não tocar no acidentado até um médico chegar, em caso de fratura do crânio; colocar uma tala no braço a fim de cobrir o cotovelo as formas de atuação são: não tocar no acidentado até um médico chegar em caso de fratura do crânio; colocar uma tala no braço de forma a cobrir o cotovelo e colocar o antebraço à frente do tronco, em caso de fratura do úmero ou dos ossos do antebraço; juntar o maxilar inferior ao maxilar superior de forma a imobiliza-los; em caso de fratura da clavícula deve-se “colocar um rolo sob o braço e fixar o antebraço dobrado à frente do tronco” (REFE, 2002, p. 7-5), e com a mão do braço oposto amparar o ombro da clavícula fraturada junto à cabeça do úmero.

## **2.7. Hemorragia interna e externa**

A hemorragia consiste numa perda de sangue não controlada. Deste modo, são classificadas consoante o vaso sanguíneo danificado e a sua localização. Quanto à primeira,

---

<sup>9</sup> Também designada por rotura, fissura ou fragmentação de um osso.

<sup>10</sup> Mais frequente na prática de esqui, montanhismo ou ciclismo (Nunes, 1998).

<sup>11</sup> Vide Anexo C.



podem ser arteriais, venosas ou capilares (Baptista, 2008). Assim, estas são de fácil identificação, uma vez que, estão diretamente relacionadas com feridas<sup>12</sup> (REFE, 2002). Por outro lado, segundo a sua localização, podem ser externas ou internas. Contudo, estas hemorragias são de difícil reconhecimento, devendo considerar-se as seguintes variantes: internas visíveis, quando o sangue escoar por um orifício natural do corpo (*e.g*, nariz, ouvidos, boca) e não visíveis, quando apenas existe uma suspeita tendo por base os sintomas do lesado) (Baptista, 2008).

Ao nível de atuação, cabe ao Instrutor imobilizar o instruendo imediatamente e aliviar o vestuário para permitir uma melhor circulação. Caso se verifique que consiste numa hemorragia externa, deve identificar se é arterial ou venosa. Caso seja arterial, deve realizar um garrote acima da articulação aliviando em períodos de 15 minutos. No caso de venosa colocar o lesado deitado e aplicar um penso sobre a ferida (REFE, 2002).

No caso de uma hemorragia interna, o Instrutor deve deitar o lesado e colocá-lo de lado, se for uma lesão no tronco, com vista a permitir que o mesmo possa vomitar sem que as vias respiratórias fiquem obstruídas (REFE, 2002).

## **2.8. Convulsões**

As convulsões são contrações bruscas dos músculos de forma involuntária, com ou sem perda de consciência. Neste sentido, a exposição a agentes químicos, febres muito altas, hipoglicemia, traumatismo na cabeça, hemorragia intracraniana, edema cerebral, tumores e epilepsia são possíveis causas para uma convulsão (Cardoso, 2008).

Os movimentos involuntários musculares, normalmente descritos como “estrebuchar”, podem ter uma duração de 1 a 2 minutos. Acresce referir que, dada a perigosidade e o descontrolo dos mesmos, existe a probabilidade de o acidentado sofrer mais lesões (Baptista, 2008).

## **2.9. Desmaio**

Um desmaio ou lipotimia (REFE, 2002) consiste na “perda súbita do conhecimento” (Baptista, 2008, p. 81) e, inerentemente, da consciência. Nesta senda, a hipoglicemia, cansaço excessivo, fome, nervosismo intenso, emoções súbitas, susto, acidentes (principalmente os que envolvem perda sanguínea), dor intensa e prolongada, permanência

---

<sup>12</sup> Se a hemorragia envolver elevadas quantidades de perda de sangue pode levar o lesado a entrar em choque (REFE, 2002).

em pé, mudança súbita de posição (de deitado para em pé), ambientes fechados e quentes, disritmias cardíacas (bradicardia) são possíveis causas para a ocorrência de um desmaio. Neste sentido, a gravidade do desmaio é potenciada pela escassez de sangue e oxigênio no cérebro (Cardoso, 2008).

Com efeito, os sintomas consistem na perda de visão ou visão desfocada acompanhada pelo arrefecimento da cabeça, sensação de desequilíbrio, tonturas, suores frios, vômitos e pele pálida (REFE, 2002).

Neste contexto, o Instrutor deve deitar o instruendo com a cabeça mais baixa que o resto do corpo, ou sentado com a cabeça entre os joelhos. Após a recuperação da consciência, deve ser-lhe dado um copo de água com o objetivo de humedecer as fontes<sup>13</sup> (REFE, 2002). É fundamental ressaltar que o lesado deve permanecer na posição de deitado durante um período de 10 a 15 minutos (Brunet et al, 2014).

## **2.10. Asfixia**

A asfixia é uma paragem respiratória, na qual o coração continua com batimentos cardíacos. A sua génese consiste em situações como traumatismos ou golpes na cabeça, na boca, no pescoço, no tórax, entre outras (Cardoso, 2008).

Neste sentido, as causas que potenciam a asfixia são as seguintes: bloqueio da passagem de ar<sup>14</sup>; insuficiência de oxigênio no ar<sup>15</sup>; impossibilidade do sangue transportar oxigênio; paralisia do centro respiratório no cérebro<sup>16</sup>; AVC (Acidente Vascular Cerebral); ferimentos na cabeça; excesso de álcool ou substâncias psicotrópicas ou compressão do corpo<sup>17</sup> (Cardoso, 2008).

É imperativo realçar que, caso as funções respiratórias não sejam restabelecidas num período de 3 a 4 minutos, ocorre a cessação das atividades cerebrais resultando na morte do lesado, uma vez que, o oxigênio é vital para o cérebro (Cardoso, 2008).

## **2.11. Reanimação cardiorrespiratória**

A reanimação cardiorrespiratória é o “conjunto de medidas destinadas a restituir ao indivíduo as suas funções vitais fortemente atingidas ou mesmo suspensas” (REFE, 2002, p.

---

<sup>13</sup> Fontes ou têmporas são as porções laterais da cabeça situadas acima do zigoma (osso da bochecha).

<sup>14</sup> Ocorre nos afogamentos, secreções, espasmos da laringe, estrangulamento, bloqueio por alimentos ou objetos.

<sup>15</sup> Grandes altitudes onde o oxigênio é insuficiente, compartimentos não ventilados, incêndios em locais fechados ou contaminação do ar por gases tóxicos.

<sup>16</sup> Causado por um choque elétrico ou envenenamento.

<sup>17</sup> Causada por pressões externas na caixa torácica (Cardoso, 2008).

7-12). Neste contexto, são procedimentos padronizados que visam o restabelecimento do normal funcionamento respiratório e cardíaco do lesado e reconhecer as situações de perigo de vida iminente (Instituto Nacional De Emergência Médica<sup>18</sup>, 2004).

Em conformidade com o Manual de Suporte Básico de vida (SBV) as manobras de reanimação cardiorrespiratória destinam-se a garantir as condições de sobrevivência do lesado até à chegada da ajuda especializada. Posto isto, o SBV contempla as seguintes três etapas: a avaliação inicial, a manutenção da via aérea permeável e, por fim, as compressões torácicas e ventilação com ar expirado (INEM, 2011).

Desta forma, a avaliação inicial inclui três fases designadas por ABC, sendo que cada letra responde a uma fase. Assim, são as seguintes: via aérea (*Airway*), ventilação (*Breathing*) e circulação (*Circulation*), respetivamente.

Primeiramente, é necessário avaliar as condições de segurança antes de iniciar as manobras. A etapa correspondente à verificação da via aérea consiste na permeabilização da mesma. Para tal, retira-se o vestuário da vítima à volta do pescoço e tórax e procura-se corpos estranhos no interior da boca da vítima. Desta forma, coloca-se a palma da mão na testa da vítima e os dedos indicador e médio da outra mão no bordo do maxilar inferior. Seguidamente, efetua-se a extensão da cabeça (inclinação da cabeça para trás) e elevação do mento (ou queixo) (INEM, 2011). A verificação da respiração é executada através da aproximação em direção à face da vítima olhando para o tórax. Neste momento, é realizando o VOS: VER (movimentos torácicos), OUVIR (som de saída ou entrada de ar pela boca ou nariz) e SENTIR (se há saída de ar pela boca ou nariz). No caso da confirmação da respiração da vítima, deve ser colocada em Posição Lateral de Segurança (PLS). Pelo contrário, se este não for o cenário, é necessário pedir ajuda e iniciar as manobras de SBV.

Para dar início às compressões torácicas, a vítima deve encontrar-se em decúbito dorsal sobre um espaço rígido e com a cabeça no mesmo plano. Nesta ótica, o reanimador deve encontrar-se de joelhos ao lado da vítima com o propósito de dar início às manobras. Assim, deve colocar palma da mão no centro do tórax da vítima (na metade inferior do esterno) e a outra sobre esta. Nesta posição, deve entrelaçar os dedos, ficando apenas a base de uma mão sobre o esterno, e de forma a não exercer qualquer pressão sobre as costelas, com os braços esticados, deve posicionar os seus ombros de modo a que fiquem perpendiculares ao esterno da vítima. É de referir que o tórax deve ser pressionado verticalmente e as compressões devem ter um ritmo de 100 a 120 por minuto. Por último, as

---

<sup>18</sup> Doravante designado por INEM

manobras devem ter uma sequência de 30 compressões 2 insuflações (Brunet et al., 2014).

Por fim, as manobras de SBV só devem ser terminadas nas seguintes situações: quando a ajuda diferenciada chega ao local e toma conta da ocorrência; a vítima recupera a respiração<sup>19</sup> ou o reanimador esteja exausto (INEM, 2011).

## **2.12. Tensão Térmica**

A temperatura corporal é regulada pela função fisiológica “termorregulação”, a qual mantém a temperatura corporal entre os 36°C e os 38°C. É importante mencionar que, a variação da temperatura corporal pode variar devido a fatores como o exercício físico, a digestão, o ambiente envolvente, a idade, entre outros. Neste sentido, a distribuição da temperatura é feita dos tecidos fundos (temperatura do centro do corpo) para a extremidade (mãos e pés) (Brunet et al., 2014).

A exposição do corpo humano a temperaturas extremas<sup>20</sup> pode comportar lesões para o organismo. No caso de calor intenso (hipertermia), pode ocorrer câibras musculares, esgotamento e insolações. Por outro lado, o frio (hipotermia) leva o corpo a proteger os órgãos vitais como cérebro, coração e rins (Brunet et al., 2014).

### **2.12.1. Hipertermia**

Quando o corpo humano é sujeito a temperaturas elevadas ocorre a vasodilatação e, conseqüentemente, a transpiração (Cardoso, 2003). Normalmente um corpo transpira 500 mililitros de suor por dia<sup>21</sup>, porém em casos extremos a quantidade de transpiração pode atingir 1 litro por hora. Neste contexto, as glândulas sudoríparas expõem água e sal através da superfície da pele, sendo que a água evapora para proceder ao arrefecimento interno do corpo humano (Brunet et al., 2014). Caso se verifique excesso de transpiração, o corpo humano entra em desidratação, o que leva a câibras musculares, esgotamento e insolações. Consoante Potter e Perry (2010), a incapacidade do corpo humano diminuir a sua temperatura define-se por hipertermia. Esta situação pode causar as três situações referidas anteriormente.

A exaustão pelo calor é uma reação sistémica causada pela contínua exposição do corpo humano a temperaturas altas, o que causa a escassez de sódio e desidratação, resultando no insucesso da sua reposição (Cardoso, 2003). Esta situação implica o

---

<sup>19</sup> A vítima abre os olhos (INEM, 2011).

<sup>20</sup> A temperatura normal do corpo humano varia entre os 36°C e os 38°C (Brunet et al., 2014).

<sup>21</sup> Equivale a 0,000048 litros por hora.

“abrandamento da circulação sanguínea no cérebro, no coração e nos pulmões” (Brunet et al., 2014, p. 227). Na situação descrita, o atleta aparenta ter a pele fria e húmida e a sua temperatura corporal pode encontrar-se abaixo do normal. Por imperativo lógico, o choque da perda de líquidos encontra-se na génese desta reação (REFE, 2002). Além disso, a excessiva transpiração, pele pálida e lívida, sensação de fadiga e fraqueza, excessiva sede, alteração do estado mental (ansiedade), tonturas, taquicardia, pulsação fraca, hiperventilação, cefaleias, náuseas e vômitos são possíveis sintomas para a hipertermia (Brunet et al., 2014).

Os Primeiros Socorros a aplicar neste caso incluem ministrar água fria e salgada (3 a 4 litros nas primeiras 12 horas), deslocar a vítima para um local fresco e ministrar café ou chá quente (para combater o choque) e encaminhá-la para observação médica (REFE, 2002). Porém, Brunet (2014) apresenta uma proposta de assistência distinta. Assim, após deslocar a vítima para um local fresco, deve retirar-se a roupa supérflua, realizar o exame primário, aplicar uma toalha húmida sobre o pescoço ou testa (criando o processo de transpiração para reduzir a temperatura). Neste contexto, a hospitalização da vítima apenas é considerada na eventualidade de não apresentar melhorias.

A insolação é o efeito causado pela exposição excessiva a temperaturas elevadas. Nesta senda, o corpo humano é incapaz de restabelecer a sua temperatura até aos seus níveis normais através dos termorreguladores (transpiração, vasodilatação, hiperventilação). Neste caso, a temperatura interna ascende aos 40°C (Brunet et al., 2014; Cardoso, 2003). Segundo o REFE (2002), esta ocorre quando o corpo humano ultrapassa os 42°C perdendo, assim, a capacidade de transpirar, a consciência e as suas funções orgânicas entram em estado de falência.

Portanto, os sintomas associados a este efeito são os seguintes: ausência de transpiração; pele quente, pálida e seca; temperatura corporal superior a 40°C; distúrbios neurológicos<sup>22</sup>; hiperventilação com ruído superficial; taquicardia; sensação de fraqueza; tonturas; náuseas e vômitos; convulsões e estado de choque provocado pela hipotensão.

Com efeito, as situações mais críticas de insolação podem resultar em lesões nos tecidos do organismo com principal incidência nos tecidos nervosos. Acresce referir que a morte pode ocorrer devido à destruição das funções renal, cardiovascular, hepática e cerebral (Cardoso, 2003).

Os Primeiros Socorros a aplicar nesta situação têm como principal objetivo baixar a

---

<sup>22</sup> Alucinações, perda de coordenação motora, agressividade ou confusão (Brunet et al., 2014).

temperatura corporal, que deve ser feita de forma lenta e gradual acompanhada de forma permanente do exame primário (Cardoso, 2003).

Desta forma, primeiramente deve deslocar-se o lesado para um local fresco, remover o excesso de vestuário e molhá-lo com água o mais fria possível. Assim que restabelecer a consciência, deve incentivar-se a ingestão de água fria (mas não gelada) e deslocá-lo imediatamente para um centro hospitalar, continuando o arrefecimento durante o deslocamento (REFE, 2002).

Todavia, Cardoso (2003) e Brunet (2014) afirmam que o estado de insolação é atingido antes da perda de consciência. Destarte, a forma de atuação é distinta dos passos referidos anteriormente. Posto isto, o lesado deve ser colocado num local fresco e retirado o vestuário supérfluo. Caso esteja consciente deve ser mantido em repouso e recostado (cabeça elevada) e fazer ingestão de água fria ou gelada (não forçar em virtude de ocorrer o desmaio existe o risco de aspiração). Seguidamente, deve molhar-se a cara e o corpo do acidentado e, se possível, imergir todo o corpo em água fria. Em caso de inconsciência, o lesado deve ser posto na PLS e proceder ao mesmo método de arrefecimento anteriormente mencionado. É fundamental realçar que, em qualquer uma das situações é imperativo ter sempre em atenção a temperatura corporal com o intuito de não baixar dos 37°C<sup>23</sup> e desloca-lo para um centro hospitalar.

### **2.12.2. Hipotermia**

O frio causa a vasoconstrição<sup>24</sup> do corpo humano tendo como objetivo proteger os órgãos internos. É importante referir que este processo numa situação extrema dá origem à hipotermia. Assim, segundo Potter e Perry (2010), a hipotermia consiste na incapacidade do organismo produzir calor perante uma perda térmica de longa exposição. Desta forma, caracteriza-se pela queda de temperatura interna para níveis abaixo dos 35 °C, perturbando as funções do organismo. Por conseguinte, a exposição ao frio com vestuário húmido multiplica cinco vezes mais a perda de calor e a imersão em água gelada eleva a perda de calor para 25 vezes mais (Lewis, 2011). Deste modo, é imprescindível mencionar os níveis da hipotermia, consoante a temperatura interna. Posto isto, são os seguintes: Ligeira (entre 33,1 e 35 °C); Média (entre 31,1 e 33 °C); Grave (entre 27 e 31 °C) e Profunda (27 °C ou menos) (Brunet et al., 2014).

---

<sup>23</sup> Se porventura esta situação se verificar, o lesado deve ser coberto a fim de evitar a redução da temperatura (Brunet et al., 2014).

<sup>24</sup> Causa a redução da irrigação nas extremidades do corpo humano.

Neste contexto, deve deslocar-se o lesado para um local quente e seco e retirar as roupas húmidas ou molhadas e cobri-lo com um cobertor quente ou isotérmico. O aquecimento do mesmo deve ser feito do tórax para as extremidades do corpo evitando, assim, o agravamento da hipotermia. Acresce referir que, este é provocado pela vasodilatação e, inerentemente, pelo sangue frio das extremidades a arrefecer o interior o corpo humano (Brunet et al., 2014).

Em caso de hipotermia ligeira ou média, o lesado deve ingerir bebidas quentes (sem álcool, cafeína ou teína) e evitar o tabaco, a fricção da pele e a prática de exercícios repentinos (apenas pequenos movimentos). No caso de hipotermia grave ou profunda deve ser colocado na PLS e chamar os serviços de emergência. Acresce referir que, deve ser realizado um exame primário, tendo em atenção que pode entrar em paragem cardiorrespiratória nos 20 a 40 minutos seguintes. Por conseguinte, o reaquecimento deve ser feito do tórax para as extremidades. Na eventualidade da ineficácia deste procedimento, pode proceder-se ao contacto “pele com pele”, que é uma manobra executada a nível do tórax. Como tal, é necessário descobrir o tórax do lesado e do socorrista e, desta forma, manter o contacto direto debaixo de uma manta ou dentro de um saco de cama (Brunet et al., 2014).

## **CAPÍTULO 3 – CURSO DE INSTRUTORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA MILITAR**

A formação militar integra três vertentes fundamentais – técnico-tática, moral/cívica e física. Assim, a Educação Física contribui para o desenvolvimento do estado físico do indivíduo, assim como das suas qualidades de carácter e do seu valor moral (REFE, 2002). Deste modo, a EFM representa um elemento crucial na formação de qualquer militar e no valor operacional de qualquer Unidade.

### **3.1. Conceito de Educação Física Militar**

A EFM é conjunto de “atividades físicas praticadas no seio do Exército, as quais, associadas à instrução técnica e tática, visam a preparação para o combate” (REFE, 2002, p. 1-2). Embora a preparação para o combate constitua o objetivo principal da EFM, não deve ser entendida como a única finalidade utilitária, pois é de realçar o seu papel essencial no processo de formação (REFE, 2002).

Assim, EFM compreende

“o conjunto de atividades inseridas no Sistema de Instrução do Exército que visam contribuir para preparar física, psíquica, social e culturalmente os militares, numa perspetiva de formação global do homem, e que, concorrendo para o fortalecimento do seu moral, torna-os mais aptos para o desempenho das missões que lhes possam vir a ser confiadas” (REFE, 2002, p. 1-2).

### **3.2. Curso de Instrutores de Educação Física Militar**

O CIEFM, à responsabilidade da Escola da Armas (EA), forma os Instrutores responsáveis pela prática de EFM nas U/E/O (Unidade/ Estabelecimentos/ Órgão) no Exército. Além disso, visa padronizar os procedimentos, técnicas de treino, a linguagem e todos os conceitos inerentes à EFM. Deste modo, tem como finalidade:

“Habilitar os militares com os conhecimentos e competências necessárias para o cumprimento das diversas missões que lhes são atribuídas como elemento integrante de uma secção de Educação Física Militar de uma U/E/O” (Plano de Estudos 2019 – Anexo B).

Com efeito, os objetivos deste curso são os seguintes<sup>25</sup>:

a. Preparar os Oficiais e Sargentos técnica e pedagogicamente para a função de Instrutor, treinador e responsável por uma secção de educação física de uma U/E/O;

---

<sup>25</sup> Estes objetivos são os mais relevantes para o assunto tratado nesta investigação. Os restantes encontram-se patenteados no Anexo B.



c. Habilitar os formandos a preparar um praticante/equipa para uma competição desportiva;

e. Identificar no corpo humano os músculos, articulações e ossos e descrever o seu funcionamento e as suas funções;

f. Conhecer o funcionamento do corpo humano, dos seus órgãos, aparelhos e processos fisiológicos;

g. Compreender os mecanismos de funcionamento do organismo, em populações de risco, com o exercício físico;

i. Reconhecer, compreender e analisar através de uma perspetiva mecânica as principais articulações do corpo humano;

j. Identificar e proceder à correta avaliação de um acidente/lesão ocorrida no corpo humano;

k. Identificar e utilizar de forma correta os procedimentos do SBV;

o. Conferir aos militares a aptidão física necessária para o cumprimento das diversas missões que lhes são atribuídas;

q. Preparar os Oficiais e Sargentos técnica e pedagogicamente para a montagem e execução das técnicas de transposição em vários cenários, cumprindo todas as normas de segurança.

Os Oficiais e Sargentos com o Curso “estão habilitados a assumir o comando de qualquer tipo de instrução de EFM”. No que toca às “tarefas de planeamento, gestão, execução e controlo na área da EFM” (REFE, 2002, p. 2-12) apenas os Oficiais possuem as competências para desempenhar as funções descritas.

O CIEFM, “salvo situações excecionais, deve ser revisto a cada três anos, a fim de se proceder à atualização dos referenciais do Curso e adequabilidade dos meios e materiais necessários para a ação de formação” (Plano de Estudos 2019 – Anexo B). Segundo o atual Diretor de Curso de Instrutores de EFM, numa entrevista exploratória, afirmou que a revisão ocorre durante a elaboração do Plano de Estudos do curso. Porém, em relação à matéria abordada nesta investigação, Primeiros Socorros, os responsáveis por estas instruções, são os Enfermeiros, Socorristas e Médicos da Unidade de Formação – EA. Assim, segundo o atual Diretor do Curso de Instrutores de EFM, é possível proporcionar uma “informação atualizada por quem pratica e conhece a área da saúde”.

O Curso de EFM, após realizado com aproveitamento, possui uma “validade permanente, independentemente da data em que ocorra a promoção” (Plano de Estudos 2019 – Anexo B).

### 3.2.1. Composição e métodos de avaliação

O Curso é constituído por cinco Módulos divididos pelas Áreas Curriculares de Formação a que correspondem. Desta forma, os Módulos são: Área Científica-Tecnológica; Área do Regulamento de Educação Física do Exército; Área das Técnicas de Transposição; Áreas dos desportos Prioritários e Área dos Desportos de Apoio; Área Geral. É de referir que cada Módulo encontra-se dividido em Sub-Módulos. O Curso tem a duração de 924 horas diurnas<sup>26</sup>.

No que diz respeito aos Primeiros Socorros, Sub-Módulo F, é incluído na Área Científica-Tecnológica. Este Sub-Módulo é considerado “maioritariamente teórico” com exposições orais na maioria das instruções (Plano de Estudos 2019 – Anexo B) e com uma duração de 20 horas.

Para a frequência do Curso, os formandos têm de ter no mínimo o 12º ano de escolaridade e no máximo 35 anos de idade. Em caso de elementos em regime de contrato, têm de dispor no máximo até dois anos de contrato.

Durante o Curso, os formandos são sujeitos a testes ou questionários elaborados no final de cada sessão, assim como a realização de circuitos de avaliação avaliados por *checklist*. O “Mérito Escolar”, por outras palavras, nota final dos formandos é dada em função de uma fórmula<sup>27</sup> em que o módulo “Área Científica-Tecnológica” tem um valor de um terço da nota final, sendo que, o Sub-Módulo F vale 5% deste Módulo. Destarte, o valor do referido Sub-Módulo na nota final do CIEFM vale 1,24%.

---

<sup>26</sup> Vide Anexo B.

<sup>27</sup> Vide Anexo B.

## **CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS**

A “investigação científica deve caracterizar-se por ser sistemática, metódica, replicável, racional, empírica, objetiva, comunicável e cumulativa” (Rosado, 2017), pelo que as “metodologias enformam e aferem os métodos” (Rosado, 2017, p. 119). Assim, os métodos compõem “percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 25).

Este capítulo expõe a metodologia científica utilizada nesta investigação. Apresenta o método de abordagem empregue, os procedimentos e as técnicas usadas, as características da população, os meios usados para a recolha de informação e os instrumentos e técnicas usadas.

### **4.1. Método de abordagem**

Em “função da natureza do problema que se pretende investigar, deverão ser adotados uma determinada estratégia de investigação (quantitativa, qualitativa ou mista) e o correspondente desenho de pesquisa (ou desenho de investigação, que corresponde afinal ao tipo de estudo)” (Rosado, 2017, p. 119).

Segundo Freixo (2011), existem três métodos possíveis para a realização de uma investigação científica, designadamente o método indutivo, o método dedutivo e o método hipotético-dedutivo. O presente trabalho assenta no método dedutivo, que é baseado na lógica do “geral para o particular, ou seja, raciocinar dedutivamente a partir de premissas gerais em busca de uma verdade particular”. Assim, as “conclusões [são] obtidas a partir das premissas, usando-se o raciocínio lógico e, uma vez encontradas, são incontestáveis” (Freixo, 2011, p. 106).

O tipo de abordagem desta investigação assenta numa metodologia quantitativa suportada na análise do inquérito por questionário aplicado.

### **4.2. Método de análise**

A PP é o “primeiro fio condutor da investigação” (Quivy & Campenhoudt, 1998) e, como tal, é “absolutamente indispensável que o foco da investigação esteja perfeitamente definido”(Rosado, 2017). Desta forma, a investigação pretende responder à seguinte PP: Qual é a adequabilidade dos Conhecimentos dos Oficiais de Educação Física Militar para atuarem em situações de Emergência Médica?

Assim, para dar resposta à PP são desenvolvidas Perguntas Derivadas (PD) “contendo um âmbito mais restrito que a PP [e, por esse facto] indicam os setores respetivos onde o investigador incidirá o seu esforço, muito ligados naturalmente aos objetivos da investigação” (Rosado, 2015). Como tal, as PD são as seguintes:

**PD1** – Quais são os Conhecimentos Teóricos e Operacionais dos Instrutores de Educação Física Militar para atuarem em situações de Emergência Médica?

**PD2** – Quais são as vantagens para os Instrutores de Educação Física Militar possuírem conhecimentos de Primeiros Socorros?

**PD3** – Qual é a perceção dos Instrutores de Educação Física Militar em relação aos seus conhecimentos para atuarem em situações de Emergência Médica?

**PD4** – Quais são as fontes de informação mais utilizadas pelos Instrutores de Educação Física Militar relativo a matérias de Primeiros Socorros?

#### **4.3. Técnicas, procedimentos e meios utilizados**

Segundo Fortin (2009, p. 157), “a natureza do problema de investigação determina o tipo de métodos de colheita de dados a utilizar”. Face à natureza desta investigação utilizou-se diversas aplicações informáticas. Desde modo, numa forma de organização das referências bibliográficas utiliza-se o *Mendeley*<sup>28</sup> e, para a escrita do trabalho, o *Microsoft Office Word*,<sup>29</sup> norteado pelas Normas para a Redação de Trabalhos de Investigação da Academia Militar<sup>30</sup> e, inerentemente, pelas normas da *American Psychological Association* (APA). Para o tratamento dos dados obtidos através do inquérito por questionário recorre-se ao *Statistical Package for the Social Sciences*<sup>31</sup> (SPSS), tendo por base a utilização de estatística descritiva e comparação de casos.

#### **4.4. Inquérito por questionário**

O inquérito por questionário é o “instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis [dado que] ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Freixo, 2011, p. 197).

O inquérito resulta da adaptação de uma investigação realizada por Esteves, Pinheiro,

---

<sup>28</sup> Versão *Desktop* 1.19/2018. *Mendeley* é um programa de *desktop* e *web* produzido pela Elsevier para gerir e partilhar bibliografia e documentos de investigação e ainda descobrir dados através da colaboração *on-line*.

<sup>29</sup> Versão *Professional Plus* 2016.

<sup>30</sup> NEP n.º 522/1ª de 20 de janeiro de 2016.

<sup>31</sup> *Copyright SPSS Inc.* versão 25.0.

Brás, O Hara, & Rodrigues (2015), sendo, posteriormente, alterado com o intuito de ficar adequado à realidade militar. Seguidamente, foi submetido a uma revisão da Professora Doutora Dulce Esteves e do Tenente-Coronel Paulo Machado, ambos especialistas na área técnico-científica desta investigação.

O inquérito por questionário é maioritariamente composto por respostas de escolha múltipla, tendo um tempo previsto de preenchimento de 15 a 20 minutos. Articula-se nos seguintes seis grupos: grupo I relativo aos conhecimentos teóricos; grupo II refere-se à operacionalização do conhecimento; grupo III sobre as condições existentes para poder aplicar o conhecimento; grupo IV relativo à perceção de conhecimento; grupo V sobre a procura de conhecimento; grupo VI refere-se às fontes de informação utilizadas e grupo VII refere-se aos dados pessoais.

Para classificação dos inquiridos nos grupos I e II foram utilizados os seguintes níveis: “Mau” com uma percentagem de respostas certas inferior a 50%; “Médio” corresponde a uma percentagem de respostas corretas entre 50% e 80% e “Bom” relativa a uma percentagem de respostas corretas acima de 80%.

No grupo IV foi atribuído um valor a cada resposta sendo que “Concordo Totalmente” representa 4 pontos e “Discordo Totalmente” representa 0 pontos, totalizando um total de 48 pontos (100%). Acresce referir que a escala criada é igualmente utilizada na análise das respostas dos grupos I e II. Posto isto, nestes grupos, a classificação de “Mau” corresponde a inquiridos com uma perceção de conhecimentos inferior a 24 pontos (50%), “Médio” para inquiridos como uma perceção de conhecimentos de 24 pontos (50%) a 38 pontos (80%) e “Bom” para inquiridos que avaliam os seus conhecimentos como acima de 38 pontos (80%).

O inquérito por questionário foi aplicado através *e-mail* institucional. Deste modo, foi primeiramente enviado em 24 de junho de 2018 para os cursos entre 1994 e 2015 e, posteriormente, em 21 de fevereiro 2019 para os cursos de 2016 e 2017. A cessação das respostas ao inquérito por questionário ocorreu em 21 de março de 2019. Após a recolha dos dados, procedeu-se à análise dos mesmos, tendo-se verificado um registo de 114 respostas validas.

#### **4.5. Amostragem: composição e justificação**

A “construção da amostra é uma parte importante no processo de investigação”. Como tal, deve considerar-se o “universo (que diz respeito a todos os sujeitos, casos ou

observações que podem ser reunidos de acordo com determinadas propriedades)” e a população correspondente aos “sujeitos, casos ou observações adstritos a um determinado fenómeno que se entende investigar em ordem a atingir um determinado leque de informações”. Assim sendo, a amostra é representada pelos “sujeitos, casos ou observações selecionadas da população em que se fundamenta a investigação, consubstanciada num estudo sobre um fenómeno concreto”. Desta forma, no “processo de amostragem existem duas dimensões a ter em linha de conta, designadamente a significância (que é relativa ao número de sujeitos inquiridos na investigação) e a representatividade (que é relativa à qualidade da amostra)” (Rosado, 2017, pp. 126–127).

A amostra assenta nos militares com o curso de EFM desde 1994 inclusive até ao de 2017 inclusive, totalizando 134 Oficiais. A escolha da amostra deve-se ao facto de os Instrutores de EFM estarem habilitados a “assumir o comando de qualquer tipo de instrução de EFM”, assim como o facto de que lhes compete “as tarefas de planeamento, gestão, execução e controlo na área da EFM” (REFE, 2002, p. 2-12). Destarte, o Instrutor é o mais habilitado a realizar as sessões de EFM. Em virtude de estas constituírem as atividades mais propensas ao desenvolvimento de lesões desportivas, torna-se pertinente que o objeto de estudo abarque os conhecimentos dos Instrutores para atuarem em situações de Emergência Médica.

#### **4.6. Local e data da pesquisa e recolha de dados**

A informação relativa a esta temática é extensa, como tal, foi necessária uma seleção criteriosa da mesma. Deste modo, o quadro teórico que suporta esta investigação baseou-se em livros e investigações referentes à matéria abordada. O local de recolha de informação abrangeu a Biblioteca da Academia Militar, a Biblioteca Municipal de Alverca do Ribatejo, a Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana e a Biblioteca Municipal José Cardoso Pires, em Vila de Rei.

## CAPÍTULO 5 – ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase do trabalho são apresentados os resultados relativos ao trabalho de campo, a sua análise e a sua discussão. Para o tratamento dos dados foram utilizados métodos estatísticos descritivos e comparação de casos através do SPSS. Os dados são válidos para o intervalo de tempo entre a realização do CIEFM e a realização do inquérito por questionário.

### 5.1. Caracterização da Amostra

A amostra do inquérito por questionário contempla 134 Oficiais Instrutores de EFM, cuja distribuição por cursos está explanada na tabela 3.3, na qual é possível verificar que a maior taxa de respostas corresponde ao ano de 2007, uma vez que, tiveram lugar dois Cursos de EFM nesse ano. Com efeito, a idade dos inquiridos varia entre os 25 e 53 anos (média aproximada de 38 anos), assim como os anos de serviço variam entre 7 a 38 anos (média aproximada de 19 anos), como se constata na tabela 3.1. Por outro lado, na tabela 3.2, é possível verificar os respetivos postos dos inquiridos com grande concentração no posto de “Capitão” e “Major”.

Tabela nº 3.1 Distribuição da Amostra por Idade e Anos de serviço

		Idade	Anos de Serviço
N	Válido	114	114
	Omisso	0	0
Média		38,36	19,68
Mediana		37,50	19,00
Desvio Padrão		6,185	6,88
Intervalo		28	31
Mínimo		25	7
Máximo		53	38

Fonte: SPSS

**Tabela nº 3.2 Distribuição da Amostra por Posto Hierárquico**

Posto	Frequência	Porcentagem
Capitão	42	36,8
Major	39	34,2
Tenente	11	9,6
Tenente-Cor	22	19,3
Total	114	100,0

**Fonte: SPSS**

**Tabela nº 3.3 Distribuição da Amostra por ano de término do curso**

Ano	Frequência	Porcentagem
1994	3	2,6
1995	1	0,9
1996	4	3,5
1997	5	4,4
1998	4	3,5
1999	3	2,6
2001	5	4,4
2002	6	5,3
2003	4	3,5
2005	5	4,4
2006	7	6,1
2007	11	9,6
2008	6	5,3
2009	8	7,0
2010	6	5,3
2011	7	6,1
2012	9	7,9
2014	4	3,5
2015	6	5,3
2016	7	6,1
2017	3	2,6
Total	114	100,0

**Fonte: SPSS**



## 5.2. Análise do inquérito por questionário

Os dados recolhidos através do inquérito por questionário foram analisados através de métodos da estatística descritiva. Primeiramente, é levada a cabo uma análise individualizada de acordo com a estrutura apresentada no Apêndice C. A avaliação dos grupos I e II, é feita tendo por base a seguinte escala: “Mau” corresponde a uma percentagem de respostas certas inferior a 50%; “Médio”, diz respeito a uma percentagem de respostas corretas entre 50% e 80% e “Bom” no que toca a uma percentagem de respostas corretas acima de 80%. No caso do grupo IV foi atribuído um valor a cada resposta, sendo que “Concordo Totalmente” representa 4 pontos e “Discordo Totalmente” representa 0 pontos, totalizando 48 pontos (100%).

Os dados obtidos foram analisados no programa informático SPSS com o intuito de apresentar dados estatísticos fiáveis e, assim, fornecer base sólida e fundamentada às conclusões elencadas.

As respostas ao questionário seguem a escala nominal e escala ordinal, permitindo, desta forma, uma avaliação diferenciada consoante o grupo e a finalidade da questão. No caso das questões em que se utiliza uma escala ordinal, que procura o grau de concordância com a afirmação, as respostas dos inquiridos têm o seguinte valor: 1-Discordo Totalmente; 2-Discordo; 3-Não Discordo nem Concordo; 4-Concordo e 5-Concordo Totalmente.

Foi aplicado o teste de Alfa *Cronbach* ( $\alpha$ ) com o objetivo de testar a viabilidade das respostas do inquérito, utilizando-se o programa SPSS, que teve um resultado de  $\alpha=0,774$ . De acordo com Hill e Hill (2012), representa um grau de fiabilidade aceitável.

## 5.3. Análise e discussão dos resultados

A análise dos resultados baseia-se nos valores apresentados no Apêndice C, no qual constam as respostas do inquérito por questionário<sup>32</sup>. Desta forma, grupo I (C1) refere-se aos conhecimentos teóricos, o grupo II (C2) à operacionalização dos conhecimentos, o grupo III (C3) às condições existentes para poder aplicar os conhecimentos, o grupo IV (C4) à percepção que o Instrutor tem dos seus conhecimentos, o grupo V (C5) à procura de conhecimento e o grupo VI (C6) às fontes de informação usadas.

O grupo I, relativo aos conhecimentos teóricos, visa validar os conhecimentos dos Instrutores em relação à identificação de lesões, ordem de avaliação inicial da vítima,

---

<sup>32</sup> Vide Apêndice B.

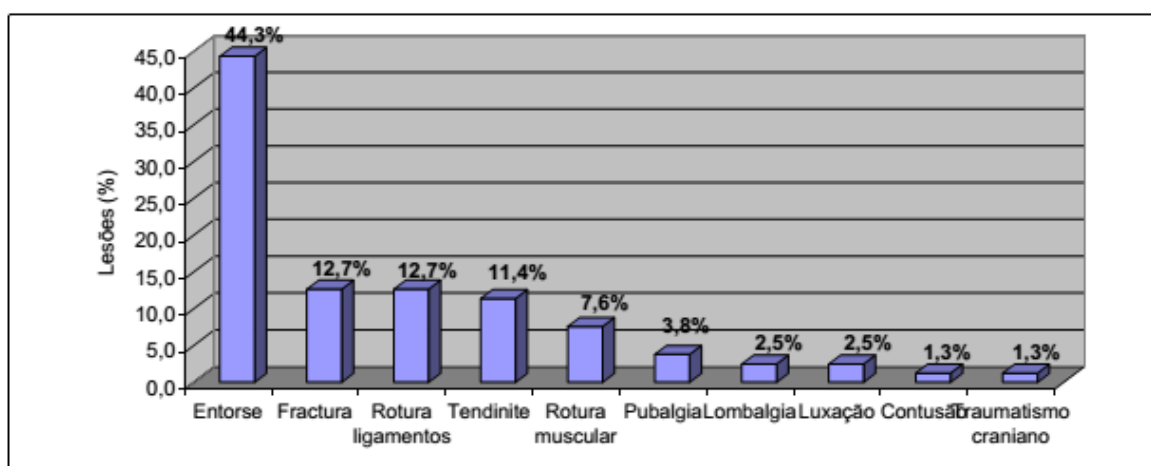
procedimentos e métodos de Primeiros Socorros. Os resultados mostram que os conhecimentos teóricos são positivos, tendo um acentuado número de indivíduos a responder corretamente às questões do grupo 1 do questionário<sup>33</sup>. Apenas 6,1% dos inquiridos tiveram uma prestação baixa, tendo respostas positivas com uma taxa inferior a 50%, como é possível verificar na tabela 3.4.

**Tabela nº 3.4 Conhecimentos Teóricos**

		Mau (<50%)	Médio (50-80%)	Bom (>80%)	Total
Conhecimentos Teóricos	Frequência	7	51	56	114
	Percentagem	6,1%	44,7%	49,1%	100

Fonte: SPSS

Através da observação dos resultados obtidos na investigação de Nunes (2011), patenteados na figura 3.1, é possível constatar que a entorse é a lesão mais comum, tendo uma percentagem de ocorrência de 44,3%. Deste modo, a questão nº3<sup>34</sup> do grupo I do inquérito por questionário – “Nome de uma lesão desportiva que provoca rotura ou estiramento dos ligamentos”, denota que 66,7% dos Instrutores inquiridos têm dificuldade em reconhecer uma entorse.



**Figura nº 3.1 Proporção de lesões em relação à natureza da lesão**

Fonte: Nunes (2011, p. 25)

<sup>33</sup> Vide Apêndice C.

<sup>34</sup> Vide Apêndice C. Tabela C.3.

A questão nº 9<sup>35</sup>, do mesmo grupo, “*Durante aplicação da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) qual a relação entre as compressões torácicas e as insuflações?*”, evidencia que apenas 66,7% dos Inquiridos sabe a relação entre compressões e insuflações. Esta manobra é reconhecida e padronizada a nível mundial, tendo vindo a sofrer constantes atualizações que não são acompanhadas pelo REFE. Assim, é de referir que o REFE (2002) é o manual que rediz as linhas orientadoras do Curso de EFM e, deste modo, encontra-se desatualizado. Além disso, é importante realçar que, de acordo com o Plano de estudos de 2019<sup>36</sup>, o CIEFM “salvo situações excecionais, deve ser revisto a cada três anos, a fim de se proceder à atualização dos referenciais de Curso e adequabilidade dos meios e materiais necessários para a ação de formação”. Contudo, o REFE (2002) ainda mantém os procedimentos e manobras de assistência imediata referentes ao ano da publicação do respetivo Regulamento, tornando-se assim obsoleto. Nesta ótica, o Diretor do CIEFM, numa entrevista exploratória, afirma que o Sub-Módulo de Socorrismo é lecionado por enfermeiros que prestam serviço na Secção de Saúde da EA permitindo, por conseguinte, “informação atualizada por quem pratica e conhece a área da saúde”.

A questão nº15<sup>37</sup> – “*Num ferimento com sangramento abundante, deve-se:*” – permite constatar que 27,2% dos Instrutores afirmam que deve ser aplicado o torniquete. Todavia, em caso de hemorragia abundante, devem ser aplicadas compressas. Neste sentido, o garrote<sup>38</sup> deve apenas ser utilizado em última instância, uma vez que, “é suscetível de causar mais danos do que o próprio ferimento” (Brunet et al., 2014, p. 128).

O grupo II, relativo à aplicação dos conhecimentos, visa validar os mesmos em relação à aplicação dos procedimentos, métodos de Primeiros Socorros e atitudes que devem ser tomadas numa situação de Emergência Médica. Assim, os resultados obtidos ditam um acréscimo dos Instrutores que se enquadram no grupo dos Conhecimentos Operacionais de nível “Médio” (50-80% das questões corretas) e uma redução dos Instrutores pertencentes aos outros dois níveis. Assim, é possível constatar este facto na tabela subsequente.

---

<sup>35</sup> Vide Apêndice C, Tabela C. 9.

<sup>36</sup> Vide Anexo B.

<sup>37</sup> Vide Apêndice C, Tabela C.15.

<sup>38</sup> Esta técnica deve ser utilizada na amputação de membros (Brunet et al., 2014).

**Tabela nº 3.5 Conhecimentos Teóricos e Operacionais**

		Mau (<50%)	Médio (50-80%)	Bom (>80%)	Total
Conhecimentos Teóricos	Frequência	7	51	56	114
	Porcentagem	6,1%	44,7%	49,1%	100
Conhecimentos Operacionais	Frequência	5	83	26	114
	Porcentagem	4,4%	72,8%	22,8%	100

Fonte: SPSS

À semelhança do grupo anterior, através da análise individualizada das questões, é possível constar algumas irregularidades na aplicação dos Primeiros Socorros. A questão 2<sup>39</sup> deste grupo – “*Um militar tem uma quebra de tensão durante uma Instrução de treino físico, mas recupera e pretende voltar à instrução. Qual a sua decisão?*” – aponta que 19,3% dos Instrutores colocam o instruendo de volta na Instrução. Porém, segundo Brunet (2014), após a reanimação de uma vítima por desmaio, esta deve permanecer deitada pelo menos durante um período entre 10 a 15 minutos e, posteriormente, deve estar sobre constante observação.

O grupo IV, que visa a análise da percepção do Instrutor relativamente aos seus conhecimentos, quer para atuar em diferentes situações, quer para averiguar a sua percepção da preparação para atuar. Conforme explanado na tabela 3.6, os valores apontam que 78,9% dos Instrutores possui uma percepção de que os seus conhecimentos são de nível “Médio”, porém, é visível na tabela 3.5 que esses valores não correspondem ao avaliado no grupo I e II do inquérito por questionário.

**Tabela nº 3.6 Percepção dos Conhecimentos**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Bom	6	5,3 %	5,3
Mau	18	15,8 %	21,1
Médio	90	78,9 %	100,0
Total	114	100,0 %	

Fonte: SPSS

<sup>39</sup> Vide Apêndice C, Tabela C.18.

Assim, a fim de estabelecer uma comparação entre os resultados obtidos, por intermédio de uma tabela cruzada (*vide* tabela 3.7), constata-se a relação entre a percepção dos conhecimentos e os conhecimentos teóricos e operacionais avaliados nos grupos I e II.

**Tabela nº 3.7 Relação entre a Percepção dos Conhecimentos e os Conhecimentos Teóricos e Operacionais**

		Conhecimentos Teóricos			Conhecimentos Operacionais		
		Mau	Médio	Bom	Mau	Médio	Bom
Percepção do Conhecimento	Mau	28,6%	15,7%	14,3%	40,0%	14,5%	15,4%
	Médio	71,4%	72,5%	85,7%	60,0%	78,3%	84,6%
	Bom	0,0%	11,8%	0,0%	0,0%	7,2%	0,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fonte: SPSS**

Através da análise da tabela, verifica-se que 71,4% dos Instrutores, que têm um nível “Mau” de conhecimentos teóricos possui, simultaneamente, uma percepção de que os seus conhecimentos correspondem ao nível “Médio”. Destarte, comprova-se a sobrevalorização dos mesmos. Por outro lado, 14,3% dos Instrutores, com conhecimentos teóricos de nível “Bom”, apresentam uma percepção de conhecimentos de nível “Mau”. O mesmo ocorre nos conhecimentos operacionais, onde existe 60% de sobrevalorização e 15,4% de desvalorização dos mesmos. Este fenómeno pode ter na sua génese a falta de atualização dos conhecimentos, levando o Instrutor à ilusão dos seus reais conhecimentos. Deste modo, existe a probabilidade de, por negligencia, a prática de procedimentos desatualizados.

Os conhecimentos teóricos e operacionais podem variar de Curso para Curso. A tabela 3.7 contempla os conhecimentos por Cursos agregados num período 3 anos. É de referir que a última revisão do REFE ocorreu em 2002, entrando em vigor no ano seguinte. Nesta tabela é possível evidenciar que, ao nível dos conhecimentos de nível “Mau”, os Cursos compreendidos entre [2006-2008] e [2009-2011] foram os que obtiveram mais resultados. Acresce mencionar que, estes anos têm um número de 45 Instrutores face aos 114 Inquiridos, o que representa 39% da amostra. Com efeito, constata-se uma elevada percentagem de elementos de nível “Bom” relativamente aos conhecimentos operacionais dos anos 2006 a 2008. Os Cursos compreendidos entre 2000 a 2002 e 2015 a 2017 são os únicos que não detêm nenhum elemento de nível “Mau”, embora representem apenas 23,6% (27 Instrutores) da amostra.

**Tabela nº 3.8 Distribuição dos Conhecimentos Teóricos e Operacionais pelos agrupamentos dos términos dos CIEFM**

	Conhecimentos Operacionais			Conhecimentos Teóricos		
	Mau	Médio	Bom	Mau	Médio	Bom
[1994-1996]	0,0%	7,2%	7,7%	14,3%	5,9%	7,1%
[1997-1999]	0,0%	10,8%	11,5%	14,3%	0,0%	19,6%
[2000-2002]	0,0%	8,4%	15,4%	0,0%	5,9%	14,3%
[2003-2005]	0,0%	7,2%	11,5%	14,3%	3,9%	10,7%
[2006-2008]	60,0%	19,3%	19,2%	14,3%	31,4%	12,5%
[2009-2011]	40,0%	19,3%	11,5%	28,6%	21,6%	14,3%
[2012-2014]	0,0%	12,0%	11,5%	14,3%	7,8%	14,3%
[2015-2017]	0,0%	15,7%	11,5%	0,0%	23,5%	7,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: SPSS

**Tabela nº 3.9 Distribuição dos agrupamentos dos términos dos CIEFM pelos Conhecimentos Teóricos e Operacionais**

	Conhecimentos Operacionais			Total	Conhecimentos Teóricos			Total
	Mau	Médio	Bom		Mau	Médio	Bom	
[1994-1996]	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%	12,5%	37,5%	50,0%	100,0%
[1997-1999]	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%	8,3%	0,0%	91,7%	100,0%
[2000-2002]	0,0%	63,6%	36,4%	100,0%	0,0%	27,3%	72,7%	100,0%
[2003-2005]	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%	11,1%	22,2%	66,7%	100,0%
[2006-2008]	12,5%	66,7%	20,8%	100,0%	4,2%	66,7%	29,2%	100,0%
[2009-2011]	9,5%	76,2%	14,3%	100,0%	9,5%	52,4%	38,1%	100,0%
[2012-2014]	0,0%	76,9%	23,1%	100,0%	7,7%	30,8%	61,5%	100,0%
[2015-2017]	0,0%	81,3%	18,8%	100,0%	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%

Fonte: SPSS

Através da tabela 3.9, é possível verificar que, em termos de distribuição dos agrupamentos de anos de términos do Curso pelos conhecimentos teóricos e operacionais, existe uma elevada concentração de Instrutores que possuem conhecimentos operacionais correspondentes ao nível “Médio”. No caso dos conhecimentos teóricos comprova-se que,

existe um aumento de percentagem de Instrutores no nível “Bom” e no nível “Mau”. Os Cursos compreendidos entre 2000 e 2002, já anteriormente realçado pela ausência de elementos de nível “Mau”, demonstram ser aqueles com maior percentagem de elementos de com conhecimentos operacionais correspondentes ao nível “Bom”. Acresce referir que os cursos compreendidos entre 1997 a 1999, ao nível dos conhecimentos teóricos, apresentam uma percentagem de 91,7% no que toca ao nível “Bom” com apenas 8,3% no nível “Mau”.

O CIEFM, como referido no Capítulo 3, dispõe de cerca de 20 horas de formação na área dos Primeiros Socorros, de um total de 924 horas. Contudo, quando questionados, apenas 20 Instrutores afirmam que esta formação é suficiente e 52 discordam, afirmam que não é suficiente, sendo que 42 se abstêm de responder. Este último grupo destaca-se pela concentração de elementos no nível “Médio”, quer na perceção de conhecimentos quer ao nível dos conhecimentos operacionais. Ao nível teórico é realçar que, está dividido entre o nível “Médio” e “Bom”, sendo que não existem elementos no nível “Mau” neste grupo, como é verificável na tabela seguinte.

**Tabela n° 3.10 Relação entre os conhecimentos adquirido no CIEFM e a perceção do conhecimento, conhecimentos teóricos e operacionais.**

		Os conhecimentos Adquiridos no Curso de Instrutores de Educação Física Militar são suficientes					Total
		Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	
Perceção do Conhecimento	Mau	11	7	0	0	0	18
	Médio	6	26	42	14	2	90
	Bom	0	2	0	2	2	6
Conhecimentos Teóricos	Mau	4	0	0	1	2	7
	Médio	4	16	22	7	2	51
	Bom	9	19	20	8	0	56
Conhecimentos Operacionais	Mau	0	4	0	1	0	5
	Médio	10	24	34	11	4	83
	Bom	7	7	8	4	0	26
Total		17	35	42	16	4	114

Fonte: SPSS

O grupo III do inquérito por questionário tem por objetivo clarificar a importância dos conhecimentos de Primeiros Socorros. A tabela 3.11, evidencia que a presença de um Socorrista nas instruções de EFM não ocorre sempre, verificando-se uma percentagem de 36,8% de inquiridos a afirmar que “quase nunca” dispõe de um Socorrista. Posto isto, a responsabilidade da aplicação das primeiras medidas de intervenção recai sobre a Equipa de Instrução, em caso de acidente.

**Tabela nº 3.11 Disponibilidade de Socorristas para estar presente nas Instruções**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Quase nunca	42	36,8	36,8
Algumas vezes	52	45,7	82,5
Bastantes vezes	12	10,5	93,0
Muitas vezes	8	7,0	100
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

A presença de um Socorrista numa instrução aliada à capacidade de uma ambulância aceder aos locais de instrução (tabela 3.12), constitui uma fragilidade. Assim, 17 dos inquiridos afirmam que “quase nunca” existe um Socorrista presente e os locais de instrução “quase nunca” têm capacidade para ser acedidos por uma ambulância. Estes resultados mostram que, em caso de acidente, o instruendo terá de ser movido até outro local para receber assistência especializada ou para ser evacuado. É fundamental ressaltar que a movimentação de um lesado<sup>40</sup> deve ser sempre evitada<sup>41</sup>.

**Tabela nº 3.12 Relação entre o Acesso de ambulância a locais de Instrução e a disponibilidade de um Socorrista**

		Disponibilidade de um Socorrista				Total
		Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes	
Acesso de ambulâncias	Quase nunca	17	1	1	0	19
	Algumas vezes	16	34	2	0	52

<sup>40</sup> Depende da lesão.

<sup>41</sup> Discutido no Capítulo 2.



aos locais de Instrução	Bastantes vezes	7	11	5	2	25
	Muitas vezes	2	6	4	6	18
Total		42	52	12	8	114

Fonte: SPSS

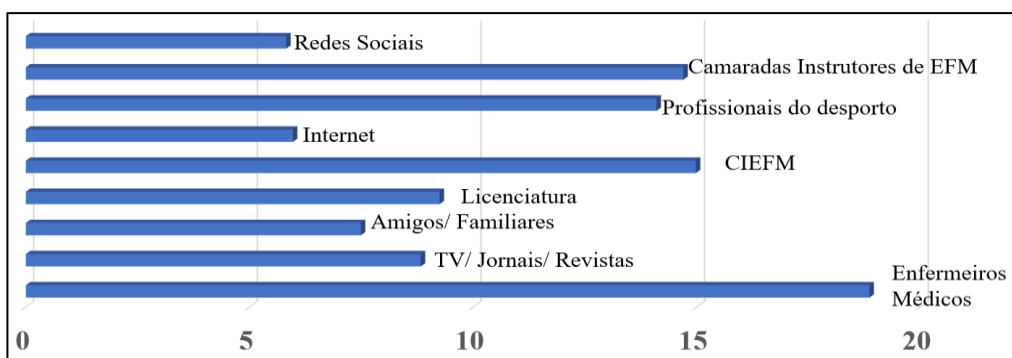
No mesmo grupo, os inquiridos, ainda foram questionados acerca da existência de um Socorrista de Serviço e do tempo que levaria a transportar um militar entre a Unidade e o Hospital mais próximo, o que resultou na construção da tabela 3.13. Assim, é possível verificar que, a maioria das Unidades onde os Inquiridos estão colocados, encontra-se a mais de 15 minutos de distância do Hospital e que grande parte das Unidades não dispõe de um Socorrista de Serviço. Assim, se o Instrutor não possuir um bom conhecimento de Primeiros Socorros pode colocar em risco a vida do instruendo em caso de acidente. Desta forma, “quando uma vida está em risco, todos os segundos contam” (Brunet et al., 2014, p. 23).

**Tabela nº 3.13 Relação entre a Existência de Socorrista dia e o Tempo entre Unidade e o Hospital**

		Tempo entre a Unidade e o Hospital mais próximo.			Total
		<15 min	15-30 min	30-45 min	
Socorrista dia	Não	31	24	4	59
	Sim	17	32	6	55
Total		48	56	10	114

Fonte: SPSS

As fontes de informação dos conhecimentos abordadas no grupo VI do inquérito por questionário são relativas às procedências dos conhecimentos dos Instrutores na área de Primeiros Socorros. Assim sendo, os Enfermeiros e Médicos são as fontes de conhecimento mais utilizadas, tal como foi referido pelo Diretor do CIEFM, que são os enfermeiros da EA que atualmente lecionam essas instruções. O CIEFM é utilizado recorrentemente como fonte de informação, pelo mesmo motivo que anteriormente referido. A *Internet* e as redes sociais são as menos utilizadas (*vide* gráfico 3.2).



**Figura nº 3.2 Fontes de Informação**

Fonte: SPSS

A questão nº4, do grupo V, “*Procuro frequentemente informação sobre o que fazer em situações de emergência em sítios da Internet*”, mostra que 32,5%<sup>42</sup> dos inquiridos reconhece que procura informações frequentemente na *Internet*. O cruzamento das respostas entre a questão nº 4 do grupo V e a questão nº 6 do grupo VI conclui que 21 Instrutores discordam que as informações que detém não são oriundas de sítios da *Internet* contudo, admitem recorrer à mesma com o intuito de procurar informação. A procura de informação neste tipo de fonte carece de uma análise cuidada, dada a possibilidade de informação não fidedigna, pelo que para ser utilizada deve ter-se em atenção a veracidade dos dados.

**Tabela nº 3.14 Relação entre a procura frequente de Informação na Internet e a afirmação “As informações sobre o que fazer em caso de emergência foram-me dadas por sítios da Internet”**

		“As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por sítios da Internet”				Total
		Discordo	Discordo Totalmente	Não concordo nem Discordo	Concordo	
Procura frequente de informação na Internet	Discordo Totalmente	3	2	0	0	5
	Discordo	15	20	1	4	40
	Não concordo nem discordo	16	8	4	4	32
	Concordo	17	2	3	7	29
	Concordo Totalmente	0	2	2	4	8
Total		51	34	10	19	114

Fonte: SPSS

<sup>42</sup> Vide Anexo C Tabela C.48.

Neste sentido, o trabalho de campo preconiza a busca de formações adicionais ao CIEFM. Desta forma, 40,4%<sup>43</sup> dos inquiridos enquadram-se no cenário descrito.

Com efeito, a última pergunta do inquérito por questionário diz respeito a proposta e sugestões feitas pelos elementos da amostra. Neste contexto, constata-se a necessidade da reformulação das matérias relativas aos Primeiros Socorros e à possibilidade de serem ministrados cursos como TC3<sup>44</sup> (*Tactical Combat Casualty Care*) e TEMPAR<sup>45</sup> (Técnicas de Emergência Médica para Profissões de Alto Risco). Em conformidade com o Entrevistado A, os Cursos referidos são administrados durante os aprontamentos das Forças Nacionais Destacadas (FND), onde os militares são preparados para a ocorrência de acidentes.

Nesta ótica, é necessária uma visão holística deste panorama. Assim, em ambiente civil, designadamente num clube desportivo de alta competição, constata-se a possibilidade, segundo o Entrevistado B, da realização, de forma gratuita, duas formações por ano e a renovação do Curso SBV de dois em dois anos, com o intuito de manter a validade do mesmo. Neste sentido, é importante realçar a distinção entre as realidades apresentadas, contudo, urge a necessidade de implementação de novas medidas, no seio do Exército Português, como instrumento de melhoria das práticas de EFM orientado para a maximização do desempenho físico de qualquer militar. Por conseguinte, as medidas sugeridas têm como propósito a redução dos agravamentos das lesões e, inerentemente, a rapidez do tempo de recuperação das mesmas.

Todavia, nenhuma medida possui a capacidade de reduzir na totalidade a possibilidade de ocorrência de lesões. Assim, a tabela 3.15 expõe as médias de lesões por ano ocorridas nos locais de instrução aliadas à necessidade do lesado receber tratamento hospitalar. Acresce realçar que, 64 inquiridos têm uma média anual de lesões inferior a 5% e uma taxa de assistência hospitalar inferior a 10%. Porém, seis Instrutores possuem uma média anual de lesões de cinco a dez lesões e uma taxa de assistência hospitalar entre 20 a 50%, o que representa um elevado número de lesões graves.

---

<sup>43</sup> Vide Anexo C Tabela C.52.

<sup>44</sup> A TC3 é um projeto desenvolvido na década de 90 para a comunidade médica de Operações Especiais. TC3/TCCC é o padrão de atendimento em Medicina em Campo de Batalha Pré-Hospitalar. A intenção principal da TC3 é reduzir a morte em combate através de um treinamento que permite a unidade completar sua missão, proporcionando o melhor conhecimento na área de Primeiros Socorros.

<sup>45</sup> Curso lesionado pela Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM). Este tem como finalidade “capacitar o formando com as competências necessárias para efetuar uma correta abordagem e estabilização de uma vítima de trauma e Paragem Cardiorrespiratória (PCR)”.

**Tabela nº 3.15 Relação entre média anual de lesões e a necessidade de assistência hospitalar dessas lesões.**

		Percentagem de lesões que tiveram de receber tratamento hospitalar				Total
		<10%	[10%-20%]	[20%-50%]	> 50%	
Media anual de acidentes desportivos	< 5	64	15	3	2	84
	[5-10]	10	6	6	0	21
	[10-15]	1	2	2	0	5
	> 20	0	4	0	0	4
Total		75	26	11	2	114

Fonte: SPSS

Em suma, os resultados do grupo I ditam que os conhecimentos dos Instrutores são, de uma forma geral, bons. Contudo, constata-se a existência de dificuldades relacionadas na deteção de lesões e na aplicação correta dos procedimentos de assistência médica imediata. Os resultados do grupo II mostram que os Instrutores possuem conhecimentos operacionais bons. É de referir que, constata-se dificuldades no processo de aplicação dos Primeiros Socorros, principalmente devido à falta de atualização da formação nesta matéria. Os dados obtidos referentes ao grupo III evidenciam a ausência do apoio médico nos locais de instrução. Além disso, comprova-se a impossibilidade de acesso de uma ambulância aos mesmos. Os resultados relativos ao grupo IV denotam uma elevada percentagem de Instrutores com uma perceção dos seus conhecimentos de nível “Médio”. Porém, registam-se algumas incoerências entre a perceção e o nível de conhecimentos, levando a casos de sobrevalorização e desvalorização dos mesmos. Neste contexto, é preponderante considerar a possibilidade de aplicação errada dos procedimentos de assistência médica, acarretando o agravamento da lesão ou até mesmo a morte do acidentado. Os dados relativos aos grupos V e VI evidenciam que as fontes de informação mais utilizadas pelos Instrutores são os enfermeiros e médicos. Todavia, a utilização da *Internet* carece de uma análise rigorosa e atenta a fim de verificar a fiabilidade da informação.

Em suma, os resultados obtidos cumprem um papel essencial na reestruturação da formação teórica e prática dos Instrutores de EFM. Este contexto encerra uma preocupação constante assente na ausência do apoio médico prestado pela Equipa Sanitária nos locais de instrução.

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Após a realização do trabalho de campo, que permitiu a apresentação e análise dos dados obtidos através dos resultados do inquérito por questionário, surge a última etapa da investigação. Este capítulo tem como propósito apresentar as reflexões que surgiram ao longo da investigação, assim como responder às perguntas levantadas pela investigação. Deste modo, visa estabelecer recomendações e tecer algumas propostas para futuras investigações relativas à temática abordada.

Relativamente à PD1 “Quais são os Conhecimentos Teóricos e Operacionais dos Instrutores de Educação Física Militar para atuarem em situações de Emergência Médica?”, constata-se que os conhecimentos teóricos e operacionais dos Instrutores de EFM para atuarem em situações de Emergência Médica, como o inquérito por questionário demonstrou, são positivos de uma forma geral. Embora 6,1 % dos inquiridos tenha tido resultados negativos nos conhecimentos teóricos e 4,4% nos conhecimentos operacionais, é de realçar que 49,1% dos Instrutores obtiveram uma classificação de nível “Bom”, ou seja, acima de 80% respostas corretas nos conhecimentos teóricos. Posto isto, os conhecimentos teóricos são uma preocupação assente na sólida componente teórica. Contudo, não se verifica o mesmo cenário na componente prática, uma vez que, apenas 22,8% dos Instrutores estão bem preparados para atuar em situações de Emergência Médica. É de realçar, que de acordo com Brunet (2014), a aprendizagem dos Primeiros Socorros obtém-se através da prática dos procedimentos médicos necessários. Deste modo, a fim de aprimorar os mesmos, torna-se preponderante a revisão regular desses procedimentos, assim como a sua atualização. Com efeito, constata-se uma lacuna na formação, comprovando-se, consequentemente, a necessidade de reestruturação suportada na redefinição das diretrizes e dos procedimentos médicos em caso de acidente.

No que toca à PD2 “Quais são as vantagens para os Instrutores de Educação Física Militar possuírem conhecimentos de Primeiros Socorros?”, é fundamental referir que os conhecimentos relativos aos Primeiros Socorros são cruciais para qualquer cidadão. Em contexto militar, o seu valor é acrescido face ao facto do elevado risco de ocorrência de lesões e acidentes. Assim sendo, constata-se que a possibilidade da presença de um Socorrista é por vezes impossível ou difícil. Além disso, comprova-se que 36,8% dos Instrutores revelam que “quase nunca” dispõe de um Socorrista nas suas Instruções e, 17 dos mesmos, corrobora a incapacidade de uma ambulância deslocar-se ao local de instrução. Em

virtude das razões elencadas, o Instrutor deve estar preparado para atuar em situações de Emergência Médica com vista a responder da melhor forma e evitar o agravamento da lesão.

No que diz respeito à PD3 “Qual é a percepção dos Instrutores de Educação Física Militar em relação aos seus conhecimentos para atuarem em situações de Emergência Médica?”, verifica-se que os Instrutores transmitem confiança na sua preparação e capacidade para atuarem numa situação de Emergência Médica. Porém, é imperativo analisar a veracidade destes conhecimentos. Desta forma, conclui-se que a percepção dos Instrutores não corresponde aos conhecimentos demonstrados<sup>46</sup>. Dessarte, a complexidade desta situação acarreta a possibilidade de uma aplicação errada dos procedimentos médicos, podendo resultar no agravamento da lesão. Por outro lado, uma desvalorização dos conhecimentos pode levar a que o Instrutor detenha a capacidade de socorrer o lesado, a fim de evitar o agravamento da lesão, visto que não possui confiança nos seus conhecimentos. A situação descrita é refletida nos 14,3% (conhecimentos teóricos) e nos 15,4% (conhecimentos operacionais) dos inquiridos, correspondendo a conhecimentos do nível “Bom”, contudo, com uma percepção de nível “Mau” dos mesmos. Desta forma, a percepção dos conhecimentos dos Instrutores reflete a sua capacidade de atuação, quer de forma a prevenir o agravamento da lesão, quer na aplicação de forma correta, dos procedimentos médicos.

Quanto à PD4 “Quais são as fontes de informação mais utilizadas pelos Instrutores de Educação Física Militar relativo a matérias de Primeiros Socorros?”, constata-se a diversidade das fontes de informação analisadas nesta investigação, sendo que as mais reconhecidas são os técnicos de saúde - enfermeiros e médicos – uma vez que, trabalham diariamente com a matéria abordada neste trabalho. Além disso, segundo o diretor do Curso de EFM, os enfermeiros e médicos do posto médico da Unidade são os responsáveis pelas formações na área da saúde aos formandos. Para além do Curso de EFM, os camaradas dos Instrutores de EFM e os profissionais do desporto constituem fontes de informação bastante utilizadas. Pelo contrário, a *Internet* e as redes sociais são encaradas como fontes menos credíveis e, por esse facto, são as menos utilizadas. Por conseguinte, a procura de informação neste tipo de fonte carece de uma análise cuidada, dado o excesso de informação não fidedigna.

Posto isto, após a apresentação das respostas às PD estão reunidas as condições para dar resposta à PP “Qual é a adequabilidade dos Conhecimentos dos Oficiais de Educação

---

46 Comparando as tabelas 3.5 e 3.6.

Física Militar para atuarem em situações de Emergência Médica?”.

Primeiramente, importa realçar a importância dos conhecimentos para atuar em situações de Emergência Médica, uma vez que, envolve a saúde de terceiros.

Na prática desportiva, o risco de lesão não pode ser descorado nem eliminado, apenas mitigado por procedimentos ou manobras de prevenção. Assim, a preparação sólida e robusta para atuar em situações de Emergência Médica cumpre um papel essencial na situação descrita. Desta forma, segundo o Entrevistado B “a assistência no local reduz em muito as complicações na recuperação”<sup>47</sup>. Por outro lado, a prática comprova a ausência de um Socorrista nas instruções. Acresce referir que, dada as circunstâncias, é fundamental que o responsável pela instrução tenha capacidades para socorrer o instruendo em caso de acidente. Neste sentido, é fundamental mencionar o difícil acesso das ambulâncias aos locais de instrução. Neste contexto, a formação assente no rigor e na profundidade das matérias relacionadas com os Primeiros Socorros oferece uma oportunidade de reestruturação do Plano de Estudos.

Assim, pelas razões elencadas, é necessária uma formação mais aprofunda na área da assistência em situações de Emergência Médica. A amostra utilizada nesta investigação demonstrou deter alguns conhecimentos teóricos e operacionais na área das lesões, quer no reconhecimento da lesão em questão, quer nos procedimentos mais adequados a aplicar. Contudo, é de ressaltar que, perante uma situação de Emergência Médica, deter alguns conhecimentos não é suficiente. Posto isto, é categórica a reformulação da formação, dado que o Instrutor desempenha, de igual forma, as funções de Socorrista. Além disso, a renovação dos conhecimentos assume um papel imprescindível no desempenho das funções abordadas. Destarte, os Instrutores de EFM encontram-se num patamar de “Socorrista não diplomado” (Brunet et al., 2014). Porém, a fim de cumprir as funções de Socorrista de forma eficaz, é necessário deter os conhecimentos e formações dos mesmos.

Além disso, a capacidade de aplicação de Primeiros Socorros é influenciada pelo sentimento de confiança do responsável pelos mesmos. Neste sentido, perante uma situação de urgência médica, a presença de uma pessoa com capacidades de ditar os procedimentos de forma correta. Em conformidade com Brunet (2014) esta deve ser capaz de efetuar uma análise rápida, possuir conhecimentos e aptidões em matéria de Primeiros Socorros.

Em conclusão, os conhecimentos teóricos e operacionais dos Instrutores de EFM contempla a constante presença de uma equipa sanitária nos locais de instruções, o que não

---

<sup>47</sup> Ver Apêndice

se verifica. Como tal, e visto que o Instrutor pode ter que desempenhar o papel de Socorrista, é necessária uma reavaliação da sua formação com o intuito da maximização da adequabilidade dos conhecimentos, em virtude das necessidades logísticas sentidas.

O objetivo geral desta investigação considera-se cumprido através da verificação sequencial dos OE e por intermédio das respostas às PD e à PP.

As recomendações elencadas visam uma interpretação da realidade vivida pelos Instrutores de EFM, sendo caracterizada pela falta de apoio sanitário e pela necessidade de procura de formação na área de Primeiros Socorros. Acresce referir que os Instrutores desempenham, também, as funções de Socorrista. Além disso, constata-se a necessidade da reestruturação do Curso EFM assente na revisão do apoio sanitário das Unidades prestado às instruções de EFM e na atualização do REFE.

A análise dos conhecimentos dos Instrutores, relativos a Primeiros Socorros, numa atmosfera de Emergências Médicas, constitui um processo complexo. No entanto, considera-se que esta investigação proporcionou conclusões sólidas e pertinentes abarcando os Primeiros Socorros e as condições das instruções de EFM, nomeadamente, a presença de Equipas Sanitárias nos locais das mesmas.

Destarte, para investigações futuras propõe-se uma análise mais abrangente destes conhecimentos a todos os Oficiais e Sargentos do Exército, assim como a extensão da tipologia de lesões às provenientes de um ambiente operacional. Com efeito, as recomendações são também orientadas para a análise das vantagens e desvantagens do Curso TEMPAR e TC3 para todos os Oficiais, não abrangendo apenas os que participam em FND's. Nesta ótica, é pertinente a revisão do REFE com o objetivo de atualizar os procedimentos em situações de Emergência Médica. Além disso, propõe-se o estabelecimento da obrigatoriedade da realização do Curso de EFM para todos os Oficiais e Sargentos envolvidos em formações que requerem ou envolvem qualquer tipo de atividade física. Deste modo, recomenda-se o desenvolvimento de investigações a fim de averiguar o impacto destas medidas provenientes da má execução dos exercícios ou de uma má aplicação dos procedimentos em situações de Emergência Médica.

É esperado que este RCFTIA apresente significativas contribuições para o incremento da importância dada às matérias abordadas suportadas no desenvolvimento de futuras investigações com vista ao cumprimento da missão do Exército Português.



## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, M. A. F. de. (2018). *Considerações médico-desportivas acerca da corrida em trilhos*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre, Mestrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Almeida, P. H. F., Barandalize, D., Ribas, D. I. R., Gallon, D., Macedo, A. C. B. de, & Gomes, A. R. S. (2017). ALONGAMENTO MUSCULAR: suas implicações na performance e na prevenção de lesões. *Fisioterapia em Movimento*. 22(3),335-343.
- Baptista, N. T. (2008). *MANUAL Manual de Primeiros Socorros*. Sintra: Cadernos Especializados ENB.
- Barata, J., & Coelho, O. (1998). Hoje há Educação Física. Lisboa: *Texto Editora*.
- Barata, T. (1997). *Actividade física e medicina moderna*. Odivelas: Europress Lda.
- Bhardwaj, S. (2013). Common sports injuries and their management. *INTERNATIONAL JOURNAL OF INFORMATIVE AND FUTURISTIC RESEARCH (IJIFR)*, 1(3), 46–55.
- Brunet, Y., Courchesne, J., Huot, A., & Lacombe, G. (2014). *Les Premiers Soins* (2nd ed.). Lisboa: Edições Piaget.
- Caine, C. G., Caine, D. J., & Lindner, K. J. (1996). The epidemiologic approach to sports injuries. *Epidemiology of Sports Injuries*. Champaign, IL: *Human Kinetics*, 1–13.
- Cardoso, P. G. G. (2008). *Prevenção e Reabilitação de Lesões dos Músculos Isquiotibiais e do Ligamento Cruzado Anterior em Contexto Desportivo*. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Cardoso, T. A. O. (2003). *Manual de Primeiros Socorros*. Rio de Janeiro: NUBIO.
- Carvalho, C. S. R. (2009). *CARACTERIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE LESÕES DECORRENTES DE ACTIVIDADE FÍSICA NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR MILITAR*. Academia Militar, Lisboa
- Castro, M. (2008). Lesões no basquetebol português : enquadramento epidemiológico e análise biomecânica de um evento incitador da entorse do tornozelo, Tese de Doutoramento, Doutoramento em Motricidade Humana na Especialidade de Fisioterapia, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Comando da Instrução do Exército:Repartição de Educação Física [REFE]. *REGULAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO EXÉRCITO* (2002).
- De Sousa, L. M. M. (2018). *Primeiros Socorros-Conduas Técnicas*. São Paulo: Editora Saraiva.

- Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (5ª). Loures: Lusociência.
- Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia científica - Fundamentos, métodos e técnicas* (4ª). Lisboa: Instituto Piaget.
- Hil, M. M., & Hil, A. (2012). *Investigação por Questionário*. (M. Robalo, Ed.) (2nd ed.). Lisboa: Sílabo.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2011). *MANUAL DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA*, Lisboa: INEM.
- Horta, L. (2010). *PREVENÇÃO DE LESÕES NO DESPORTO*, Lisboa: Texto Editores
- Kjaer, M., Magnusson, P., & Krogsgaard, M. (2003). *Compêndio de Medicina Desportiva: ciência básica e aspectos clínicos da lesão desportiva e da actividade física*. Lisboa: Edições do Instituto Piaget.
- Laurino, C. F. S., Lopes, A. D., Mano, K. S., Cohen, M., & Abdalla, R. J. (2000). *Lesões músculo-esqueléticas no atletismo*. *Rev Bras Ortop* (Vol. 35).
- Lewis, S. M. (2011). *Soins infirmiers: médecine-chirurgie*. Bruxelas: Groupe de Boeck.
- Massada, J. L. (2003). *Lesões no Desporto – Perfil traumatológico do jovem atleta português*. Editorial Caminho.
- Massada, L. (1989). *Lesões musculares no desporto*, Editorial Caminho, SA. 51-75
- Nunes, I. (2011). *LESÕES DESPORTIVAS EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR MILITAR E POLICIAL*. Academia Militar, Lisboa.
- Nunes, L. F. A. S. (1998). *Lesões mais comuns no desporto*, Lisboa: Dinalivro.
- Oddsson, K. (2011). *Sports injuries. Integrated Sports Massage Therapy*, Elsevier Ltd
- Oliveira, R. (2016). *TRAUMATOLOGIA DO DESPORTO* (INSTITUTO). Lisboa: IPDJ.
- Pascoal, A. G. (2010). *PREVENÇÃO DE LESÕES DESPORTIVAS*. *Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física*. Zenrin.
- Pereira, P. F. A. (2018). *A Influência da Nutrição nas Lesões Desportivas The Influence of Nutrition on Sports Injuries*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto.
- Pina, J. A. E. (2010). *Anatomia humana da locomoção*. Lisboa: Lidel.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Le May, S., Dallaire, C., & Brassard, Y. (2010). *Soins infirmiers: fondements généraux*, Bruxelas: Groupe de Boeck.
- Proença, A. (2008). *Ortopedia e Traumatologia: Noções Essenciais*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*.

- Lisboa: Gradiva.
- Rocha, J. da S. (1967). *Medecina Desportiva*. Lisboa: Federação Portuguesa de Futebol.
- Rosado, D. P. (2015). *Sociologia da gestão e das organizações* (1st ed.). Lisboa: Gradiva Publicações, S. A.
- Rosado, D. P. (2017). *Elementos Esseciais de Sociologia Geral*. (G. Valente, Ed.) (1ª). Lisboa: Gradiva.
- Simões, N. V. N. (2005). UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA LESÕES DESPORTIVAS EM PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9(2), 123–128.
- Soromenho, S., Bravo, J., Pascoal, A. G., & Machado, M. de L. (2010, May 31). LESÕES DESPORTIVAS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS DO DESPORTO. *Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física*, pp. 11–17. Zenrin.
- Tandoğan, R. N., Mann, G., & Verdonk, R. (2011). *Sports injuries: prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation*. Anakar: Springer Science & Business Media.
- White, T. D., Black, M. T., & Folkens, P. A. (2011). *Human osteology*. California: Academic press.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A – PLANO DE INTERVENÇÃO DE UM SOCORRISTA**

A função de Socorrista é “limitada e temporária” segundo Brunet (2014) e de acordo com o mesmo segue um designado plano de intervenção que assume a responsabilidade pela situação seguindo esta ação previamente definida enquanto aguarda a chegada a ajuda especializada.

O plano de intervenção apresentado por Brunet (2014) é a ferramenta base que deve ser aplicada numa situação de Emergência médica para que a intervenção seja realizada de forma segura e adequada. Este plano é dividido por 6 fases sendo a primeira: a avaliação da situação; a segunda fase: “o responsabilizar pela Situação”; a terceira fase: “Exame à vítima” (exames primário e secundário); a quarta fase a “administração dos Primeiros Socorros”; quinta fase: a “observação da vítima”; a sexta e última fase a “transmissão da informação”.

#### **Primeira etapa: Avaliação da Situação**

Esta primeira etapa é o contacto com o acidente, é uma avaliação que “exige julgar, observar e analisar facto” (Brunet et al., 2014, p. 36), tendo sempre por base a proteção do socorrista e da vítima. Antes de avançar para qualquer vítima o Socorrista deve ter em conta os seus conhecimentos e capacidades para atuar sem “nunca por em causa a sua própria vida” (Brunet et al., 2014, p. 37). Para proteção da vítima o Socorrista deve avaliar a necessidade de o mover, caso o local possa agravar a lesão.

#### **Segunda etapa: “O responsabilizar pela situação”**

Para Brunet (2014) perante uma urgência é crucial alguém a liderar, contudo aponta requisitos obrigatórios como: autoconfiança, autocontrolo, capacidade de análise rápida, conhecimentos e aptidões em matéria de Primeiros Socorros. Aquando da sua intervenção o Socorrista deve interagir com a vítima, se consciente, informando-a que é socorrista levando a vítima a consentir a administração dos cuidados, assim como todos os envolventes.

#### **Terceira Etapa: “O Exame da Vítima”**

O exame (primário e secundário) à vítima tem sempre em conta a circunstância do acidente e orientará os procedimentos que o Socorrista irá executar. Para a Realização deste exame o Socorrista utilizará os seus sentidos – Visão, tato, olfato e audição – e os sintomas referenciados pela vítima – se consciente (Brunet et al., 2014).

O exame primário procura os indícios dos sinais vitais da vítima, de forma a adequar

o tratamento proporcionado pelo Socorrista e despistar qualquer risco para a vida da vítima. É realizado em simultâneo à avaliação da situação. Consiste na avaliação do estado de consciência da vítima, na respiração, na circulação sanguínea (ritmo cardíaco), a existência de hemorragias e o estado de choque da vítima (Brunet et al., 2014).

O Exame secundário consiste em uma avaliação mais detalhada e completa com vista a detetar qualquer lesão que se encontre oculta – como efusão de sangue ou deformações escondidas pela roupa – que possam colocar a vida da vítima em risco ou agravar a situação. Este exame só é iniciado após os sinais vitais da vítima se encontrarem normalizados. Para realizar este exame o Socorrista recorre a tato para verificar anormalidades na estrutura fisiológica do corpo da vítima – como endurecimento ou afundamento, aumento de temperatura, diferença da simetria do corpo – verificar a existência de fluido estranhos nos orifícios da vítima – fluido estranhos a sair da boca, nariz ou mesmo ouvidos – ou qualquer presença de sangue sem identificada previamente a sua origem (Brunet et al., 2014).

#### **Quarta Etapa: A “administração dos Primeiros Socorros”**

Socorrer é administrar de imediato os Primeiros Socorros com vista a salvar a vida ou impedir que a lesão se agrave. Quem socorre deve procurar adaptar as suas capacidades à situação tendo sempre em vista os princípios base dos Primeiros Socorros (Brunet et al., 2014).

#### **Quinta Etapa: A “observação da vítima”**

Após a administração dos cuidados a vítima necessita de uma constante observação pois pode sofrer alterações do seu estado de forma inesperada. Como tal, o socorrista deve manter uma observação constante sobre vítima, para em caso de necessidade aplicar de imediato os procedimentos necessários para não agravar mais a lesão (Brunet et al., 2014).

#### **Sexta Etapa: A “transmissão de informação”**

A última etapa corresponde à chegada da ajuda especializada. Nesta etapa o Socorrista deve transmitir toda a informação crucial para a ajuda especializada, desde todos os pormenores que registou relativos ao acidente, às avaliações que fez, todos os procedimentos efetuados de Primeiros Socorros e todos as queixa ou sintomas apontados pela vítima. (Brunet et al., 2014).

## APÊNDICE B – INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

### AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS OFICIAIS DO EXÉRCITO PORTUGUÊS PARA INTERVIREM EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Quando do preenchimento do questionário que se segue é favor ter em conta que:

1. Este questionário destina-se ao desenvolvimento do Trabalho de Investigação Aplicado do mestrado integrado de ciências militares na especialidade de Infantaria.
2. As respostas são completamente confidenciais e utilizadas única e exclusivamente para os fins estatísticos e académicos desta investigação.
3. Este Inquérito está repartido em 7 Secções, cada uma com uma variação de perguntas entre 9 a 16, sendo que a última secção é exclusiva a dados pessoais. Com uma duração aproximada de 20 minutos.

#### Grupo I “Avaliação do conhecimento sobre atuação em situações de emergência”

Escolha a opção que lhe parecer mais correta

	Entorse	Contusão	distensão	Luxação
1. Nome de uma lesão desportiva que provoca deslocamento de um osso da articulação, geralmente acompanhado de uma grave lesão de ligamentos articulares resultando no posicionamento anormal dos dois ossos da articulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nome de uma lesão desportiva que provoca uma rotura parcial ou completa de fibras dos músculos ou tendões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nome de uma lesão desportiva que provoca rotura ou estiramento dos ligamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nome de uma lesão desportiva que provoca uma lesão nos tecidos moles da superfície, nos músculos ou em cápsulas ou ligamentos articulares sem que há já ferimento com rompimento da pele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 5. A ordem correta da avaliação inicial da vítima é:

- ☐ Verificar sangramento, respiração e consciência
- ☐ Verificar consciência, respiração, verificar se tem ferimentos
- ☐ Verificar consciência, via aérea, respiração
- ☐ Verificar respiração, consciência, abrir vias aéreas
- ☐ Não sei

#### 6. Qual o método de Primeiros Socorros para uma distensão muscular

- ☐ Tratar o lado da lesão com uma compressa quente de imediato
- ☐ Estabilizar o lado lesionado e descansar de imediato

- ☐ Massajar o lado da lesão de imediato
- ☐ Baixar a zona lesionada para baixar as dores
- ☐ Não sei

**7. O procedimento habitual para tratar uma lesão desportiva não inclui**

- ☐ Compressas frias
- ☐ Pressão
- ☐ Teste de fratura
- ☐ Elevação
- ☐ Não sei

**8. Como se deve utilizar uma ligadura corretamente**

- ☐ Manter a ligadura solta para permitir movimentos livres
- ☐ Manter ligeiramente apertada para não afetar a circulação
- ☐ Manter apertada e fazer pressão na lesão
- ☐ Manter solta para facilitar o movimento
- ☐ Não sei

**9. Durante aplicação da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) qual a relação entre as compressões torácicas e as insuflações?**

- ☐ 30 Compressões torácicas com 2 insuflações
- ☐ 30 Insuflações com 2 compressões torácicas
- ☐ 10 Compressões torácicas com 2 insuflações
- ☐ 20 Compressões torácicas com 2 insuflações
- ☐ Não sei

**10. Quanto tempo deve 1 compressa quente ou fria ser aplicada numa lesão desportiva?**

- ☐ 5 minutos
- ☐ 15-20 minutos
- ☐ 25-30 minutos
- ☐ Máximo tempo possível
- ☐ Não sei

**11. Devemos suspeitar de lesões músculo-esqueléticas quando houver:**

- ☐ Marcar apenas uma oval.
- ☐ Presença de inchaço ou manchas roxas no local
- ☐ Dor aguda no local da lesão
- ☐ Impossibilidade de movimentar o membro e/ou movimentos anormais
- ☐ Todas as alternativas estão corretas
- ☐ Não sei

**12. Na obstrução parcial das vias aéreas, onde a vítima está a tossir, deve-se:**

- ☐ Realizar compressões abdominais
- ☐ Dar pancadas nas costas (interescapulares)
- ☐ Dar alguma coisa para beber
- ☐ Não interferir e incentivar a tosse
- ☐ Não sei

**13. Ao constatar uma obstrução total das vias aéreas num militar consciente, deve-se:**

- ☐ Iniciar compressões subdiafragmáticas (manobra de Heimlich)
- ☐ Dar pancadas nas costas (interescapulares)
- ☐ Procurar o corpo estranho na boca da vítima
- ☐ Fazer 2 ventilações
- ☐ Não sei

**14. Segundo as recomendações internacionais, ao atender uma vítima inconsciente deve-se:**

- ☐ Deitar água no rosto, assim irá despertá-la
- ☐ Passar álcool nos pulsos para ativar a circulação
- ☐ Pedir ajuda, chamar o INEM
- ☐ As respostas a e b estão corretas
- ☐ Não sei

**15. Num ferimento com sangramento abundante, deve-se:**



- ☐ Colocar pó de café para estancar a hemorragia
- ☐ Realizar compressão do local, colocando a mão sobre gases estéreis
- ☐ Ajudar a vítima a caminhar até a ambulância
- ☐ Aplicar um torniquete
- ☐ Não sei

**16. Num ferimento com um objeto encravado, qual o procedimento correto:**

- ☐ O objeto não deve ser removido nem movimentado
- ☐ Deve ser removido se não estiver muito profundo
- ☐ Deve ser removido se não tiver sangramento externo
- ☐ Deve ser removido para controlar melhor o sangramento
- ☐ Não sei

**Grupo II “Avaliação da operacionalização do conhecimento”**

**1. Depois de uma lesão, utiliza gelo:**

- ☐ Após as primeiras 48 horas
- ☐ Durante as primeiras 48 horas
- ☐ Apenas durante as primeiras 24 horas
- ☐ Apenas durante as primeiras 12 horas
- ☐ Não sei

**2. Um militar tem uma quebra de tensão durante uma Instrução de treino físico, mas recupera e pretende voltar à instrução. Qual a sua decisão?**

- ☐ Recupera a consciência dentro de 2 minutos e pode voltar à instrução
- ☐ Não apresenta sinais e sintomas de uma lesão e pode voltar à instrução
- ☐ É supervisionado e não pode voltar à instrução
- ☐ Sente-se bem e pode voltar à instrução
- ☐ Não sei

**3. Numa entorse do tornozelo, qual das opções nunca faria?**

- ☐ Gelo
- ☐ Compressão
- ☐ Percussão

☐ Elevação

☐ Não sei

**4. Qual a sua primeira ação para tratar uma ferida aberta?**

☐ Aplicar pressão direta sobre a ferida com um curativo limpo ou estéril

☐ Aplicar pressão num ponto de pressão

☐ Aplicar curativos volumosos para estancar

☐ Elevar a ferida acima do nível do coração

☐ Não sei

**5. A primeira ação a realizar quando se aproxima de um militar caído e ferido é...**

☐ Mover o militar para fora do local de Instrução

☐ Verificar estado de consciência

☐ Verificar se há respiração

☐ Verificar se há pulso

☐ Não sei

**6. Ao atender um militar com presença de corpo estranho no olho, qual é o procedimento correto:**

☐ Não permitir que o militar esfregue o olho, deitar algumas gotas de soro fisiológico

☐ Se o corpo estranho não sair, não insistir , cobrir os dois olhos com gaze e encaminhar o militar ao oftalmologista

☐ Retirar a areia esfregando um cotonete húmido

☐ As alternativas a e b estão corretas

☐ Não sei

**7. Um militar desmaia durante uma corrida**

☐ Colocaria o militar numa situação de recuperação e telefonaria ao socorrista

☐ Tentaria desperta-lo

☐ Verificaria se esta a respirar, caso contrário faria suporte básico de vida e chamaria uma ambulância

☐ A primeira ação é ver o estado de consciência, mas todas as alternativas estão

corretas

☐ Não sei

**8. Um militar cai de uma certa altura e não se consegue mexer**

☐ Endireitaria o militar e chamaria uma ambulância

☐ Sentaria o militar para conseguir avalia-lo mais facilmente

☐ Colocaria o militar numa posição de recuperação e chamaria uma ambulância

☐ Imobilizaria a cabeça deste, manteia-o calmo e chamaria uma ambulância sem

nunca mexer na posição do corpo

☐ Não sei

**9. Um militar sofre um trauma e fratura um dente. Quais os cuidados que toma?**

☐ Lavar o fragmento do dente com água e sabão para desinfetá-lo

☐ Mandá-lo fazer bochecho com água fria

☐ Colocar o fragmento do dente em soro fisiológico ou água e encaminhar para o

posto médico

☐ Todas as alternativas anteriores estão corretas

☐ Não sei

**10. Um militar tem uma convulsão na instrução. Deve:**

☐ Fazer contenção e transportar a vítima em decúbito dorsal horizontal

☐ Introduzir um pano entre os dentes e puxar a língua

☐ Proteger a cabeça da vítima e afastar objetos que possam feri-lo

☐ Segurar os braços da vítima

☐ Não sei

**Grupo III “Avaliação das condições existentes para poder aplicar o conhecimento”**

Concorda com as seguintes afirmações?

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Muitos vezes
1. Quando as atividades são realizadas no exterior, o Instrutor é acompanhado por um socorrista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Numa situação de emergência, havendo socorrista, este está em linha de vista com o Instrutor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Encontra-se sempre disponível um socorrista para estar presente nas instruções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. As áreas de instrução estão preparadas para em caso de emergência serem acedidas por uma ambulância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**6. A unidade tem socorrista dia**

☐ Sim

☐ Não

**7. Quanto tempo seria necessário se tivesse que levar um militar para o hospital mais próximo.**

☐ 15min

☐ 15-30 min

☐ 30-45 min

☐ 45-60 min

☐ 60min

**Grupo IV “Percepção de conhecimento”**

Concorda com as seguintes afirmações?

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Sei quais os benefícios que os Primeiros Socorros trazem à minha profissão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Estou bem informado sobre o que fazer em caso de acidente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho bastantes dúvidas sobre como aplicar Primeiros Socorros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estou preparado para atuar em caso de fraturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estou preparado para atuar em caso de desmaios (perdas de consciência)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estou preparado para atuar em caso de cortes/feridas profundas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estou preparado para atuar em caso de quebras de açúcar (hipoglicemias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Estou preparado para atuar em caso de hemorragias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Estou preparado para atuar em caso de convulsões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Estou preparado para atuar em caso de o militar deixar de respirar (paragens respiratórias).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Estou preparado para atuar em caso de o militar ter uma lesão nos olhos (lesão ocular/ofthalmológica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Estou preparado para atuar em caso de o militar ter uma lesão na coluna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Grupo V “Procura de conhecimento”

Concorda com as seguintes afirmações?

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Gostava de saber mais sobre o que fazer em caso de acidentes numa instrução	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Gostava de saber mais sobre Primeiros Socorros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Gostava de saber mais sobre suporte básico de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Procuo frequentemente informações sobre o que fazer em situações de emergência em sítios da Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Procuo frequentemente informações sobre o que fazer em emergência em revistas/livros de especialidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. O conhecimento sobre o que fazer em caso de acidentes numa instrução que adquiri durante o curso de Instrutor de Educação Física Militar é suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. O conhecimento sobre o que fazer em caso de acidentes numa instrução que adquiri com a experiência é suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Procuo frequentemente informações sobre o que fazer em emergência em cursos/formações complementares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Considero muito importante ter conhecimento sobre o que fazer em caso de acidentes numa instrução	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Grupo VI “Fontes de informação”

Concorda com as seguintes afirmações?

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por médicos/enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por revistas, jornais e TV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas pelos amigos/familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas numa Licenciatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas no curso de Instrutores de Educação Física Militar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por sítios da Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por camaradas profissionais de desporto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por camaradas Instrutores de Educação Física Militar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por redes sociais na Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Grupo VII “Dados pessoais”

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ M ☐ F

Unidade em que serve: \_\_\_\_\_

Posto Atual: \_\_\_\_\_

Anos de Serviço (aproximadamente): \_\_\_\_\_

Cursos/ Formações na matéria (além do Curso de Treino Físico):

---

Ano de termo do Curso de Treino Físico: \_\_\_\_\_

**1. Qual é a media anual de acidentes desportivos que ocorrem nas suas instruções**

☐ < 5

☐ [5-10]

☐ [10-15]

☐ [15-20]

☐ > 20

**2. Qual a percentagem de lesões que tiveram de receber tratamento hospitalar**

☐ <10%

☐ [10%-20%]

☐ [20%-50%]

☐ > 50%

## APÊNDICE C – VALORES ESTATÍSTICOS

**C.1. Respostas do Grupo 1** “Avaliação do conhecimento sobre atuação em situações de Emergência”

**Questão N°1:** “Nome de uma lesão desportiva que provoca deslocamento de um osso da articulação, geralmente acompanhado de uma grave lesão de ligamentos articulares resultando no posicionamento anormal dos dois ossos da articulação”.

Na tabela C.1 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º1 do grupo 1.

**Tabela n° C.1 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Contusão	2	1,8	1,8
distensão	4	3,5	5,3
Entorse	22	19,3	24,6
Luxação	86	75,4	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°2:** “Nome de uma lesão desportiva que provoca uma rotura parcial ou completa de fibras dos músculos ou tendões”.

Na tabela C.2 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º2 do grupo 1.

**Tabela n° C.2 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Contusão	9	7,9	7,9
Distensão	99	86,8	94,7
Entorse	4	3,5	98,2
Luxação	2	1,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°3:** “Nome de uma lesão desportiva que provoca rotura ou estiramento dos



ligamentos”.

Na tabela C.3 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º3 do grupo 1.

**Tabela nº C.3 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º3 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Contusão	8	7,0	7,0
Distensão	21	18,4	25,4
Entorse	76	66,7	92,1
Luxação	9	7,9	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°4:** “Nome de uma lesão desportiva que provoca uma lesão nos tecidos moles da superfície, nos músculos ou em cápsulas ou ligamentos articulares sem que há já ferimento com rompimento da pele”.

Na tabela C.4 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º4 do grupo 1.

**Tabela nº C.4 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º4 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Contusão	88	77,2	77,2
Distensão	2	1,8	78,9
Entorse	13	11,4	90,4
Luxação	11	9,6	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°5:** “A ordem correta da avaliação inicial da vítima é”.

Na tabela C.5 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º5 do grupo 1.

**Tabela nº C.5 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Não sei	1	,9	,9
Verificar consciência, respiração, verificar se tem ferimentos	80	70,2	71,1
Verificar consciência, via aérea, respiração	15	13,2	84,2
Verificar respiração, consciência, abrir vias aéreas	14	12,3	96,5
Verificar sangramento, respiração e consciência	4	3,5	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº6:** “Qual o método de Primeiros Socorros para uma distensão muscular”.

Na tabela C.6 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º6 do grupo 1.

**Tabela nº C.6 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Baixar a zona lesionada para baixar as dores	10	8,8	8,8
Estabilizar o lado lesionado e descansar de imediato	85	74,6	83,3
Não sei	11	9,6	93,0
Tratar o lado da lesão com uma compressa quente de imediato	8	7,0	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº7:** “O procedimento habitual para tratar uma lesão desportiva não inclui”.

Na tabela C.7 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º7 do grupo 1.

**Tabela nº C.7 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º7 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Compressas frias	6	5,3	5,3
Elevação	13	11,4	16,7
Não sei	12	10,5	27,2
Pressão	22	19,3	46,5
Teste de fratura	61	53,5	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°8:** “Como se deve utilizar uma ligadura corretamente”.

Na tabela C.8 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º8 do grupo 1.

**Tabela nº C.8 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º8 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Manter a ligadura solta para permitir movimentos livres	5	4,4	4,4
Manter apertada e fazer pressão na lesão	2	1,8	6,1
Manter ligeiramente apertada para não afetar a circulação	104	91,2	97,4
Manter solta para facilitar o movimento	3	2,6	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°9:** “Durante aplicação da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) qual a relação entre as compressões torácicas e as insuflações?”

Na tabela C.9 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º 9 do grupo 1.

**Tabela nº C.9 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º9  
grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
10 Compressões torácicas com 2 insuflações	11	9,6	9,6
20 Compressões torácicas com 2 insuflações	19	16,7	26,3
30 Compressões torácicas com 2 insuflações	78	68,5	96,5
30 Insuflações com 2 compressões torácicas	4	3,5	98,2
Não sei	2	1,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº10:** “Quanto tempo deve 1 compressa quente ou fria ser aplicada numa lesão desportiva?”

Na tabela C.10 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º10 do grupo 1.

**Tabela nº C.10 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º10 grupo**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
15-20 minutos	83	72,8	72,8
25-30 minutos	9	7,9	80,7
5 minutos	3	2,6	83,3
Máximo tempo possível	6	5,3	88,6
Não sei	13	11,4	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº11:** “Devemos suspeitar de lesões músculo-esqueléticas quando houver”.

Na tabela C.11 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º11 do grupo 1.

**Tabela nº C.11 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º11 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Dor aguda no local da lesão	6	5,3	5,3
Impossibilidade de movimentar o membro e/ou movimentos anormais	3	2,6	7,9
Não sei	2	1,8	9,6
Presença de inchaço ou manchas roxas no local	2	1,8	11,4
Todas as alternativas estão corretas	101	88,6	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº12:** “Na obstrução parcial das vias aéreas, onde a vítima está a tossir, deve-se”.

Na tabela C.12 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º12 do grupo 1.

**Tabela nº C.12 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º12 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Dar pancadas nas costas (interescapulares)	46	40,4	40,4
Não interferir e incentivar a tosse	62	54,4	94,7
Não sei	2	1,8	96,5
Realizar compressões abdominais	4	3,5	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº13:** “Ao constatar uma obstrução total das vias aéreas num militar consciente, deve-se”.

Na tabela C.13 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º13 do grupo 1.

**Tabela nº C.13 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º13 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Dar pancadas nas costas (interescapulares)	27	23,7	23,7
Iniciar compressões subdiafragmáticas (manobra de Heimlich)	81	71,1	94,7
Procurar o corpo estranho na boca da vítima	6	5,3	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº14:** “Segundo as recomendações internacionais, ao atender uma vítima inconsciente deve-se”.

Na tabela C.14 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º14 do grupo 1.

**Tabela nº C.14 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º14 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
As respostas a e b estão corretas	6	5,3	5,3
Pedir ajuda, chamar o INEM	108	94,7	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº15:** “Num ferimento com sangramento abundante, deve-se”.

Na tabela C.15 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º15 do grupo 1

**Tabela nº C.15 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º15 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Ajudar a vítima a caminhar até a ambulância	9	7,9	7,9
Aplicar um torniquete	31	27,2	35,1
Realizar compressão do local, colocando a mão sobre gazes estéreis	74	64,9	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°16:** “Num ferimento com um objeto encravado, qual o procedimento correto”.

Na tabela C.16 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º16 do grupo 1.

**Tabela n° C.16 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º16 grupo 1**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Deve ser removido se não estiver muito profundo	4	3,5	3,5
Não sei	5	4,4	7,9
O objeto não deve ser removido nem movimentado	105	92,1	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

## **C.2. Respostas do Grupo 2 “Avaliação da operacionalização do conhecimento”**

**Questão N°1:** “Depois de uma lesão, utiliza gelo”.

Na tabela C.17 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º1 do grupo 2.

**Tabela n° C.17 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Apenas durante as primeiras 12 horas	8	7,0	7,0
Apenas durante as primeiras 24 horas	50	43,9	50,9
Durante as primeiras 48 horas	56	49,1	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°2:** “Um militar tem uma quebra de tensão durante uma Instrução de treino físico, mas recupera e pretende voltar à instrução. Qual a sua decisão?”.

Na tabela C.18 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º2 do grupo 2.

**Tabela nº C.18 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º2 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
É supervisionado e não pode voltar à instrução	92	80,7	80,7
Não apresenta sinais e sintomas de uma lesão e pode voltar à instrução	8	7,0	87,7
Recupera a consciência dentro de 2 minutos e pode voltar à instrução	2	1,8	89,5
Sente-se bem e pode voltar à instrução	12	10,5	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº3:** “Numa entorse do tornozelo, qual das opções nunca faria?”.

Na tabela C.19 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º3 do grupo 2.

**Tabela nº C.19 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º3 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Compressão	16	14,0	14,0
Elevação	1	,9	14,9
Gelo	12	10,5	25,4
Percussão	85	74,6	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº4:** “Qual a sua primeira ação para tratar uma ferida aberta?”.

Na tabela C.20 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º4 do grupo 2.



**Tabela nº C.20 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Aplicar pressão direta sobre a ferida com um curativo limpo ou estéril	90	78,9	78,9
Aplicar pressão num ponto de pressão	4	3,5	82,5
Elevar a ferida acima do nível do coração	18	15,8	98,2
Não sei	2	1,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº5:** “A primeira ação a realizar quando se aproxima de um militar caído e ferido é”.

Na tabela C.21 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º5 do grupo 2.

**Tabela nº C.21 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Mover o militar para fora da do local de Instrução	4	3,5	3,5
Verificar estado de consciência	98	86,0	89,5
Verificar se há pulso	2	1,8	91,2
Verificar se há respiração	10	8,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº6:** “Ao atender um militar com presença de corpo estranho no olho, qual é o procedimento correto”.

Na tabela C.22 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º6 do grupo 2.

**Tabela nº C.22 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º6 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
As alternativas a e b estão corretas	99	86,8	86,8
Não permitir que o militar esfregue o olho, deitar algumas gotas de soro fisiológico	15	13,2	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº7:** “Um militar desmaia durante uma corrida”.

Na tabela C.23 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º7 do grupo 2.

**Tabela nº C.23 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º7 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
A primeira ação é ver o estado de consciência, mas todas as alternativas estão corretas	98	86,0	86,0
Colocaria o militar numa situação de recuperação e telefonaria ao socorrista	6	5,3	91,2
Verificaria se esta a respirar, caso contrário faria suporte básico de vida e chamaria uma ambulância	10	8,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº8:** “Um militar cai de uma certa altura e não se consegue mexer”.

Na tabela C.24 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º8 do grupo 2.

**Tabela nº C.24 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º8 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Colocaria o militar numa posição de recuperação e chamaria uma ambulância	3	2,6	2,6
Imobilizaria a cabeça deste mantê-lo-ia calmo e chamaria uma ambulância sem nunca mexer na posição do corpo	95	83,3	86,0
Não sei	16	14,0	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº9:** “Um militar sofre um trauma e fratura um dente. Quais os cuidados que toma?”.

Na tabela C.25 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º9 do grupo 2.

**Tabela nº C.25 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º9 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Colocar o fragmento do dente em soro fisiológico ou água e encaminhar para o posto médico	21	18,4	18,4
Mandá-lo fazer bochecho com água fria	66	57,9	76,3
Não sei	6	5,3	81,6
Todas as alternativas anteriores estão corretas	21	18,4	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº10:** “Um militar tem uma convulsão na instrução. Deve?”.

Na tabela C.26 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º10 do grupo 2.

**Tabela nº C.26 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º10 grupo 2**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Fazer contenção e transportar a vítima em decúbito dorsal horizontal	4	3,5	3,5
Introduzir um pano entre os dentes e puxar a língua	15	13,2	16,7
Não sei	30	26,3	43,0
Proteger a cabeça da vítima e afastar objetos que possam feri-lo	64	56,1	99,1
Segurar os braços da vítima	1	,9	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**C.3. Respostas do Grupo 3** “Avaliação das condições existentes para poder aplicar o conhecimento”

**Questão Nº1:** “Quando as atividades são realizadas no exterior, o Instrutor é acompanhado por um socorrista”.

Na tabela C.27 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º1 do grupo 3.

**Tabela nº C.27 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º1 grupo 3**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Algumas vezes	60	52,6	52,6
Bastantes vezes	10	8,8	61,4
Muitos vezes	8	7,0	68,4
Nunca	4	3,5	71,9
Quase nunca	32	28,1	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº2:** “Numa situação de emergência, havendo socorrista, este está em linha de vista com o Instrutor”.

Na tabela C.28 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º2 do grupo 3.

**Tabela nº C.28 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º 2 grupo 3**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Algumas vezes	46	40,4	40,4
Bastantes vezes	31	27,2	67,5
Muitas Vezes	25	21,9	89,5
Nunca	6	5,3	94,7
Quase nunca	6	5,3	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº3:** “Encontra-se sempre disponível um socorrista para estar presente nas instruções”.

Na tabela C.29 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º3 do grupo 3.

**Tabela nº C.29 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º 3 grupo 3**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Algumas vezes	52	45,6	45,6
Bastantes vezes	12	10,5	56,1
Muitas vezes	8	7,0	63,2
Quase nunca	42	36,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº4:** “As áreas de instrução estão preparadas para em caso de emergência serem acedidas por uma ambulância”.

Na tabela C.30 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º4 do grupo 3.

**Tabela nº C.30 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 3**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Algumas vezes	52	45,6	45,6
Bastantes vezes	25	21,9	67,5
Muitas vezes	18	15,8	83,3
Quase nunca	19	16,7	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº5:** “A unidade tem socorrista dia”.

Na tabela C.31 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º5 do grupo 3.

**Tabela nº C.31 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 3**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Não	59	51,8	51,8
Sim	55	48,2	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº6:** “Quanto tempo seria necessário se tivesse que levar um militar para o hospital mais próximo”.

Na tabela C.32 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º6 do grupo 3.

**Tabela nº C.32 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 3**

	Frequência	percentagem	Percentagem acumulativa
15-30 min	56	49,1	49,1
15min	48	42,1	91,2
30-45 min	10	8,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

#### **C.4. Respostas do Grupo 4 “Percepção de conhecimento”.**

**Questão N°1:** “Sei quais os benefícios que os Primeiros Socorros trazem à minha profissão”.

Na tabela C.33 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º1 do grupo 4.

**Tabela n° C.33 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 4**

	Frequência	percentagem	percentagem acumulativa
Concordo	18	15,8	15,8
Concordo Totalmente	96	84,2	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°2:** “Estou bem informado sobre o que fazer em caso de acidente”.

Na tabela C.34 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º2 do grupo 4.

**Tabela n° C.34 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 4**

	Frequência	percentagem	percentagem acumulativa
Concordo	63	55,3	55,3
Concordo Totalmente	18	15,8	71,1
Discordo	10	8,8	79,8
Não concordo nem discordo	23	20,2	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°3:** “Tenho bastantes dúvidas sobre como aplicar Primeiros Socorros”.

Na tabela C.35 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º3 do grupo 4.

**Tabela nº C.35 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º3 grupo 4**

	Frequência	percentagem	percentagem acumulativa
Concordo	13	11,4	11,4
Discordo	84	73,7	85,1
Discordo Totalmente	4	3,5	88,6
Não concordo nem discordo	13	11,4	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº4:** “Estou preparado para atuar em caso de fraturas”.

Na tabela C.36 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º4 do grupo 4.

**Tabela nº C.36 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º4 grupo 4**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	29	25,4	25,4
Concordo Totalmente	6	5,3	30,7
Discordo	12	10,5	41,2
Discordo Totalmente	22	19,3	60,5
Não concordo nem discordo	45	39,5	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº5:** “Estou preparado para atuar em caso de desmaios (perdas de consciência)”.

Na tabela C.37 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º5 do grupo 4.



**Tabela nº C.37 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 4**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	76	66,7	66,7
Concordo Totalmente	8	7,0	73,7
Discordo	6	5,3	78,9
Discordo Totalmente	6	5,3	84,2
Não concordo nem discordo	18	15,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº6:** “Estou preparado para atuar em caso de cortes/feridas profundas”.

Na tabela C.38 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º6 do grupo 4.

**Tabela nº C.38 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 4**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	59	51,8	51,8
Concordo Totalmente	6	5,3	57,0
Discordo	30	26,3	83,3
Discordo Totalmente	4	3,5	86,8
Não concordo nem discordo	15	13,2	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº7:** “Estou preparado para atuar em caso de quebras de açúcar (hipoglicemias)”.

Na tabela C.39 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º7 do grupo 4.

**Tabela nº C.39 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º7 grupo 4**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	81	71,1	71,1
Concordo Totalmente	16	14,0	85,1
Discordo	5	4,4	89,5
Discordo Totalmente	4	3,5	93,0
Não concordo nem discordo	8	7,0	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°8:** “Estou preparado para atuar em caso de hemorragias”.

Na tabela C.40 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º8 do grupo 4.

**Tabela nº C.40 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º8 grupo 4**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	57	50,0	50,0
Concordo Totalmente	4	3,5	53,5
Discordo	15	13,2	66,7
Discordo Totalmente	4	3,5	70,2
Não concordo nem discordo	34	29,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°9:** “Estou preparado para atuar em caso de convulsões”.

Na tabela C.41 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º9 do grupo 4.

**Tabela nº C.41 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º9 grupo 4**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	27	23,7	23,7
Concordo Totalmente	2	1,8	25,4
Discordo	47	41,2	66,7
Discordo Totalmente	4	3,5	70,2
Não concordo nem discordo	34	29,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº10:** “Estou preparado para atuar em caso do militar deixar de respirar (paragens respiratórias)”.

Na tabela C.42 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º10 do grupo 4.

**Tabela nº C.42 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º10 grupo 4**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	34	29,8	29,8
Concordo Totalmente	4	3,5	33,3
Discordo	28	24,6	57,9
Discordo Totalmente	6	5,3	63,2
Não concordo nem discordo	42	36,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº11:** “Estou preparado para atuar em caso do militar ter uma lesão nos olhos (lesão ocular/ofthalmológica)”.

Na tabela C.43 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º11 do grupo 4.

**Tabela nº C.43 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º11 grupo 4**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	29	25,4	25,4
Concordo Totalmente	4	3,5	28,9
Discordo	39	34,2	63,2
Discordo Totalmente	6	5,3	68,4
Não concordo nem discordo	36	31,6	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº12:** “Estou preparado para atuar em caso do militar ter uma lesão na coluna”.

Na tabela C.44 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º12 do grupo 4.

**Tabela nº C.44 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º12 grupo 4**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	29	25,4	25,4
Concordo Totalmente	6	5,3	30,7
Discordo	41	36,0	66,7
Discordo Totalmente	15	13,2	79,8
Não concordo nem discordo	23	20,2	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

### **C.5. Respostas do Grupo 5 “Procura de conhecimento”**

**Questão Nº1:** “Gostava de saber mais sobre o que fazer em caso de acidentes numa instrução”.

Na tabela C.45 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º1 do grupo 5.

**Tabela nº C.45 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 5**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	56	49,1	49,1
Concordo Totalmente	55	48,2	97,4
Não concordo nem discordo	3	2,6	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº2: “Gostava de saber mais sobre Primeiros Socorros”.**

Na tabela C.46 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º2 do grupo 5.

**Tabela nº C.46 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 5**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	56	49,1	49,1
Concordo Totalmente	53	46,5	95,6
Discordo	1	,9	96,5
Não concordo nem discordo	4	3,5	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº3: “Gostava de saber mais sobre suporte básico de vida”.**

Na tabela C.47 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º3 do grupo 5.

**Tabela nº C.47 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º3 grupo 5**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	45	39,5	39,5
Concordo Totalmente	62	54,4	93,9
Discordo	5	4,4	98,2
Não concordo nem discordo	2	1,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°4:** “Procuro frequentemente informações sobre o que fazer em situações de emergência em sítios da Internet”.

Na tabela C.48 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º4 do grupo 5.

**Tabela nº C.48 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 5**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	29	25,4	25,4
Concordo Totalmente	8	7,0	32,5
Discordo	40	35,1	67,5
Discordo Totalmente	5	4,4	71,9
Não concordo nem discordo	32	28,1	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°5:** “Procuro frequentemente informações sobre o que fazer em emergência em revistas/livros de especialidade”.

Na tabela C.49 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º5 do grupo 5.

**Tabela nº C.49 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º5 grupo 5**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	26	22,8	22,8
Concordo Totalmente	2	1,8	24,6
Discordo	43	37,7	62,3
Discordo Totalmente	9	7,9	70,2
Não concordo nem discordo	34	29,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°6:** “O conhecimento sobre o que fazer em caso de acidentes numa instrução que adquiri durante o curso de Instrutor de Educação Física Militar é suficiente”.

Na tabela C.50 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º6 do grupo 5.

**Tabela nº C.50 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º6 grupo 5**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	16	14,0	14,0
Concordo Totalmente	4	3,5	17,5
Discordo	35	30,7	48,2
Discordo Totalmente	17	14,9	63,2
Não concordo nem discordo	42	36,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº7:** “O conhecimento sobre o que fazer em caso de acidentes numa instrução que adquiri com a experiência é suficiente”.

Na tabela C.51 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º7 do grupo 5.

**Tabela nº C.51 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º7 grupo 5**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	14	12,3	12,3
Concordo Totalmente	4	3,5	15,8
Discordo	57	50,0	65,8
Discordo Totalmente	26	22,8	88,6
Não concordo nem discordo	13	11,4	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº8:** “Procuro frequentemente informações sobre o que fazer em emergência em cursos/formações complementares”.

Na tabela C.52 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º8 do grupo 5.

**Tabela nº C.52 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º8 grupo 5**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	42	36,8	36,8
Concordo Totalmente	4	3,5	40,4
Discordo	29	25,4	65,8
Discordo Totalmente	2	1,8	67,5
Não concordo nem discordo	37	32,5	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº9:** “Considero muito importante ter conhecimento sobre o que fazer em caso de acidentes numa instrução”.

Na tabela C.53 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º9 do grupo 5.

**Tabela nº C.53 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º9 grupo 5**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	42	36,8	36,8
Concordo Totalmente	69	60,5	97,4
Não concordo nem discordo	3	2,6	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

## **C.6. Respostas do Grupo 6 “Fontes de informação”**

**Questão Nº1:** “As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por médicos/enfermeiros”.

Na tabela C.54 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º1 do grupo 6.



**Tabela nº C.54 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º1 grupo 6**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	68	59,6	59,6
Concordo Totalmente	31	27,2	86,8
Discordo	4	3,5	90,4
Não concordo nem discordo	11	9,6	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº2:** “As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por revistas, jornais e TV”.

Na tabela C.55 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º2 do grupo 6.

**Tabela nº C.55 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º2 grupo 6**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	20	17,5	17,5
Discordo	29	25,4	43,0
Discordo Totalmente	26	22,8	65,8
Não concordo nem discordo	39	34,2	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº3:** “As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas pelos amigos/familiares”.

Na tabela C.56 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º3 do grupo 6.

**Tabela nº C.56 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º3 grupo 6**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	12	10,5	10,5
Discordo	41	36,0	46,5
Discordo Totalmente	19	16,7	63,2
Não concordo nem discordo	42	36,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº4:** “As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas numa Licenciatura”.

Na tabela C.57 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º4 do grupo 6.

**Tabela nº C.57 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º4 grupo 6**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	14	12,3	12,3
Concordo Totalmente	2	1,8	14,0
Discordo	21	18,4	32,5
Discordo Totalmente	32	28,1	60,5
Não concordo nem discordo	45	39,5	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº5:** “As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas no curso de Instrutores de Educação Física Militar”.

Na tabela C.58 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º5 do grupo 6.

**Tabela nº C.58 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º5 grupo 6**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	66	57,9	57,9
Concordo Totalmente	6	5,3	63,2
Discordo	14	12,3	75,4
Não concordo nem discordo	28	24,6	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°6:** “As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por sítios da Internet”.

Na tabela C.59 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º6 do grupo 6.

**Tabela nº C.59 Frequência e percentagem das respostas da questão n.º6 grupo 6**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	19	16,7	16,7
Discordo	51	44,7	61,4
Discordo Totalmente	34	29,8	91,2
Não concordo nem discordo	10	8,8	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão N°7:** “As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por camaradas profissionais de desporto”.

Na tabela C.60 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º7 do grupo 6.

**Tabela nº C.60 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º7 grupo 6**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	53	46,5	46,5
Concordo Totalmente	4	3,5	50,0
Discordo	10	8,8	58,8
Discordo Totalmente	8	7,0	65,8
Não concordo nem discordo	39	34,2	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº8:** “As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por camaradas Instrutores de Educação Física Militar”.

Na tabela C.61 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º8 do grupo 6.

**Tabela nº C.61 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º8 grupo 6**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	70	61,4	61,4
Concordo Totalmente	2	1,8	63,2
Discordo	12	10,5	73,7
Discordo Totalmente	5	4,4	78,1
Não concordo nem discordo	25	21,9	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

**Questão Nº9:** “As informações sobre o que fazer em emergência foram-me dadas por redes sociais na Internet”.

Na tabela C.62 apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas da questão n.º9 do grupo 6.

**Tabela nº C.62 Frequência e percentagem das respostas da questão n. º9 grupo  
6**

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Concordo	12	10,5	10,5
Discordo	47	41,2	51,8
Discordo Totalmente	38	33,3	85,1
Não concordo nem discordo	17	14,9	100,0
Total	114	100,0	

**Fonte: SPSS**

## **APÊNDICE D – ENTREVISTA A**

### **Entrevista Sigilosa**

**Nome: (Entrevistado A)**

**Área de especialidade: Enfermagem**

#### **1.Qual o seu percurso na área da Saúde?**

R: Terminei a minha Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde de Viseu em 2010 e ingressei no Exército em 2011.

Relativamente a cursos e formações na área da saúde, em 2017 terminei a Pós-licenciatura em Enfermagem de Reabilitação, complementando a minha licenciatura em Enfermagem que realizei fora da Instituição militar.

No âmbito do aprontamento da 2ª Força Nacional Destacada Minusca na República Centro-Africana realizei diversos cursos como o CTEMPS (Curso de Técnicas de Emergência Médica para Profissionais de Saúde), o TCCC (*Tactical Combat Casualty Care*) e o PHTLS (*PreHospital Trauma Life Support*)

#### **2.Da sua experiência e das unidades (operacionais ou de Instrução) que conheces, quantas dispões de socorrista para assistir a todas as Instruções de treino físico (GAM, corrida, marcar, marfor, treino em circuito)?**

R: Em oito anos de experiência na área da enfermagem militar, não estive sempre em unidades, mas também no antigo Hospital Militar nº1 (agora Hospital das Forças Armadas – Polo Porto) e no Hospital Militar Principal.

Relativamente à minha experiência em unidades operacionais e de instrução, estive colocada no Regimento de infantaria nº13 e na Escola de Sargentos do Exército. Foram experiências díspares, pois na primeira unidade referida tinha cerca de dezanove socorristas e na segunda dois.

Em ambas as unidades o socorrista era o elemento de primeira linha no apoio às instruções de treino físico militar, no terreno, reportando ao enfermeiro em caso de necessidade. Contudo a possibilidade de estar presente em todas as instruções era muito difícil dado os encargos da secção. A presença do Socorrista era apenas utilizada aquando da realização da pista de 200metros, onde também a presença do enfermeiro seria aconselhável dada a grande quantidade de incidentes ocorridos aquando da sua realização, contudo nem sempre era possível.

### **3.Relativo à instrução dos socorristas militares achas ser suficiente para as necessidades/ lesões mais comuns no Exército**

R: Não, o curso de socorrismo deveria ser reestruturado e atualizado de acordo com as *guidelines* internacionais adaptando-se ao tipo de combate realizado atualmente e aos procedimentos em caso de acidente ou lesões. Assim como a criação de uma renovação/ atualização/ reciclagem do curso de dois em dois anos.

Tive a oportunidade de realizar o TCCC (*Tactical Combat Casualty Care*), curso que tem por base a doutrina dos americanos tendo sido uma mais valia para a minha formação militar e de enfermagem e penso que se o mesmo fosse ministrado a todos os socorristas do exército a sua formação seria mais estaria mais adaptada à atualidade. Assim como a todos os Oficiais e Sargentos que ministrem formação, que envolva atividades Físicas.

Com a passagem dos enfermeiros à categoria de Oficiais surge também a necessidade de formar técnicos de saúde com formação mais diferenciada que faça a ponte entre o socorrista e o enfermeiro, para que não se crie uma lacuna na estrutura da saúde militar.

### **4.De uma forma geral qual o sistema de resposta médica do exército?**

R: No seguimento da ocorrência de uma lesão, os militares, têm à sua disposição um conjunto de serviços médicos nas próprias unidade ou nos Hospitais Militares (serviços médicos militares), ou em Clínicas privadas e Hospitais civis.

A nível das próprias unidades, os alunos podem recorrer a cuidados de saúde prestados nas respetivas enfermarias, onde periodicamente se realizam consultas médicas de clínica geral e de consultas de especialidade como por exemplo ortopedia. É nestas enfermarias que se procede a uma triagem da lesão e se define a sua gravidade, depois, caso seja necessário, é que se encaminha o militar para um dos Hospitais Militares.

Na recuperação da lesão, o militar, geralmente, tem à sua disponibilidade uma equipa de fisioterapeutas na respetiva unidade (pelo menos nas unidades de Formação), que ajudam os militares a recuperarem o mais rapidamente possível. Existe ainda a possibilidade de os militares recorrerem a cuidados de saúde em Clínicas privadas e Hospitais civis. Contudo os militares sujeitam-se a suportar possíveis encargos monetários e estão limitados a horários de consultas que podem não ser conciliáveis com os horários de trabalho

### **5.Os socorristas militares assim como enfermeiros realizam com regularidade formações que visam rever os procedimentos de assistência médica? Se sim com que**

**regularidade?**

R: Os socorristas realizam o curso de socorrismo que não necessitam renovar no período de 6 anos que se encontram a desempenhar funções. Podem ainda realizar o curso de tripulante de ambulâncias de transporte (TAT), o curso de suporte básico de vida, o curso de suporte básico de vida com desfibrilação automática externa. Mesmo assim é de considerar uma lacuna na formação, pois em 6 anos muitos procedimentos médicos mudam assim como a prática vai ficando esquecida, uma renovação de dois em dois seria o mais aconselhável para uma socorrista.

Os enfermeiros têm ao seu dispor cursos que podem realizar dentro da instituição na antiga Escola de Serviço de Saúde Militar (ESSM) e nova Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde (UEFISM) como o Curso de Técnicas de Emergência Médica para Profissionais de Saúde (CTEMPS), Curso de Técnicas de Emergência Médica para Profissões de Alto Risco (TEMPAR), Curso de Primeiros Socorros para Profissões de Alto Risco (CPSPAR), Estágio de Socorrismo para Forças Nacionais Destacadas (FND's); Curso de Primeiros Socorros para Elementos de Defesa Biológica e Química (SOC BQ), Curso de Formação Complementar em Saúde, Emergência e Catástrofe (CFS EC), Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), entre outros.

A regularidade com que realizam estes cursos varia de curso para curso e é estipulada pela entidade supracitada.



## **APENDICE E – ENTREVISTA B**

**Nome: António Lóio (Entrevistado B)**

**Área de especialidade: Fisioterapeuta**

**Clube: Sport Lisboa e Benfica**

### **1. Há quanto tempo pertence à equipa médica do Benfica?**

R: Encontro-me a desempenhar as funções de Fisioterapeuta da Equipa de Juniores do Benfica desde 2016.

### **2. Qual a constituição de uma equipa médica num grande clube?**

R: No que diz respeito ao futebol e em formação (Equipa B, Sub 23, Sub 19, Sub 17, Sub 16, Sub 15, Sub 14) e dado que pode variar de equipa para equipa, mas geralmente é constituída por: 4 médicos (2 ortopedistas, 2 médicos de clínica geral), 1 enfermeiro, 8 fisioterapeutas.

### **3. Como é feita a seleção dos elementos da equipa médica?**

R: Por diferentes vias. Existe um plano de progressão interno no Sport Lisboa e Benfica (poderá haver ainda promoção dos elementos do departamento médico para o futebol através do trabalho desenvolvido nas modalidades). Nos escalões mais jovens poderá haver entrada através de estágio curricular bem-sucedido. Contudo toda esta seleção é feita de forma criteriosa de forma a que as equipas médicas sejam as mais profissionais e capacitadas para prestar os melhores serviços aos jogadores.

### **4. Em treinos e jogos que elementos da equipa médica estão presentes?**

R: Em todos os treinos, independentemente do escalão há sempre pelo menos dois fisioterapeutas. Em jogos, a partir dos Sub 19 há sempre médico e fisioterapeuta. Dos Sub 17 para baixo apenas fisioterapeuta. Isto deve-se à necessidade de reduzir ao máximo o risco de agravamento de uma lesão. Assim em qualquer situação que ocorra está sempre alguém da área da saúde capacitado para intervir.

### **5. Perante uma situação em campo, quem entra para assistir o jogador? Em treinos é igual?**

R: A melhor forma de prestar auxílio é através do médico pois é mais especializado

no caso de acidente e despiste de lesões. Contudo os fisioterapeutas também entraram sempre em campo para prestar auxílio. Caso o médico não esteja presente, por motivos de composição da equipa médica como referi na questão anterior, que abaixo dos sub 19 não existe médico, o fisioterapeuta é quem entra em campo e realiza os despistes da lesão e toma as decisões. É de referir que independentemente do escalão está sempre presente uma equipa médica de pelo menos dois fisioterapeutas. No caso de um jogo a equipa médica está sempre em grande força independentemente do escalão, pois a probabilidade de ocorrer lesões aumenta exponencialmente com a agressividade dos jogos. A assistência no local reduz em muito as complicações na recuperação e no agravamento da lesão. É de referir que uma equipa médica que consiga assistir o jogar no local pode conseguir reduzir a recuperação do jogador em 50% do tempo de recuperação isto dependendo da lesão em questão.

**6. Em caso de um acidente/lesão em campo quais são os vossos procedimentos?**

R: De uma forma generalizada o que está defendido internamente assistir no local ou fora das “4 linhas”. Contudo se perante a queixa o atleta necessitar de uma assistência mais sofisticada é extraído para os balneários onde se procede a uma análise e tratamento mais delicado. Por exemplo em caso de uma luxação, todos nós temos formação para realizar a manobra de colocação do membro no “sitio” e para tal dispomos de 2 tentativas se, após isso, não existir sucesso o atleta é devidamente imobilizado e levado para o hospital. Este tipo de lesão já requer um tratamento no balneário e sempre uma evacuação para um centro Hospitalar para um despiste de lesões associadas.

**7. Toda a equipa médica realiza, com regularidade, formações que visam rever os procedimentos de assistência médica?**

R: Sim dispomos. É muito importante para uma equipa médica estar sempre atualizada de novos procedimentos e manobras assim como relembrar os restantes procedimentos já adquiridos. Como tal o clube patrocina-nos, gratuitamente, com 2 formações por ano (à escolha, na área). A cada 2 anos validamos a formação em Suporte Básico de Vida.

## ANEXOS

### ANEXO A – DEFINIÇÕES DE LESÃO

Tabela nº A.1 Síntese das definições de lesão desportiva encontradas

Autor/revista	Definição
<i>Meeuwisse e Love (1997), sport medicine</i>	“Episódios que resultam numa ou mais sessões de participação limitada após a data da lesão.”
<i>Brooks, Fuller, Kemp e Reddin (2005), British journal of Sports Medicine</i>	“Uma definição que envolva o tempo de retorno é uma definição mais quantificável do que uma lesão que necessite de atenção médica, devido à abrangência deste termo.”
<i>Belechri, Petridou, Kedikoglou, Trichopoulos e “Sport Injuries”, European union grup (2001), European journal of Epidemiology</i>	“Uma série de eventos não desejados que ocorrem no envolvimento entre o jogador e o ambiente durante a actividade física, competitiva ou recreativa, resultando em incapacidade física incapacidade, devido ao corpo Humano ou parte dele ter sido sujeito a uma força que excedeu o limiar de tolerância fisiológico. O resultado de uma lesão é a alteração, limitação ou fim da participação de um atleta na respetiva actividade, por pelo menos um dia.”
<i>Timpka, Risto e Björmsjö (2008), European journal of Public Health</i>	“Qualquer lesão que ocorra durante os jogos de futebol e que resulte em uma ou mais das seguintes condições: avaliação médica, impossibilidade de completar o jogo, ou afastamento do jogo subsequente.”
<i>Gabbett (2004), jornal of science and Medicine in Sports</i>	“Qualquer dor ou incapacidade sofrida por um jogador durante um jogo e rapidamente avaliada pelo treinador principal durante ou imediatamente após o jogo.”
<i>Weaver et al. (1999), Medicine and science Sports Exercise</i>	“Qualquer dano físico causado por um incidente relacionado com o desporto, quer resulte ou não em qualquer incapacidade do participante.”
<i>Prager et al. (1989), American journal of Sports of Sports Medicine</i>	“Uma definição de lesão que inclua o fator tempo e a componente severidade deveria ser adoptada por todos os estudos de vigilância de lesões no desporto; a definição de lesão deveria ainda incluir o contexto de lesão.”
<i>Orchard et al. (2005), British Journal of Sports Medicine</i>	“qualquer lesão ou qualquer outra condição médica que (a) impeça um jogador de estar disponível para ser selecionado para um jogo ou (b) durante um jogo, impeça um jogador de bater, lançar ou defender o wicket quando imposto pelas regras ou por ordens do capitão de equipa.”
<i>Fuller et al. (2006), Clinical Journal of Sport Medicine</i>	“Qualquer queixa física feita por um jogador que resulte de um jogo ou de um treino de futebol, independentemente da necessidade de avaliação médica ou afastamento das actividades relacionadas com o futebol. Qualquer lesão em que o jogador tenha de receber intervenção médica deve ser referida como uma lesão que necessita de “atenção médica” e uma lesão que resulte na impossibilidade do jogador participar numa grande parte do treino ou jogo de futebol deve ser referida como uma lesão baseada no “tempo de retorno à actividade desportiva.”
<i>Fuller et al. (2007), Clinical Journal of Sport Medicine</i>	“Qualquer queixa física causada por uma transferência de energia que excedeu a capacidade do corpo de manter a sua integridade estrutural e/ou funcional, que foi sofrida por um jogador durante um jogo ou treino de râguebi, independentemente da necessidade de atenção médica ou afastamento das actividades do râguebi. Uma lesão que implique observação por parte do médico é referida como uma lesão que necessita de “atenção médica” e uma lesão que resulta na impossibilidade do jogador participar na totalidade de um treino ou jogo futuros, é referida como lesão baseada no “tempo de retorno à actividade desportiva.”

Fonte: Atalaia, Pedro et al. 2009

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

**ANEXO B – PLANOS DE ESTUDO CIEFM****1.FINALIDADE**

Habilitar os militares com os conhecimentos e competências necessárias para o cumprimento das diversas missões que lhes são atribuídas como elemento integrante de uma seção de Educação Física Militar de uma U/E/O.

**2.ESTRUTURA MODULAR DO CURSO**

Áreas Curriculares de Formação	Módulo / UFCD		Tempos de Formação (H)					
	Código	Designação	Diurno		Noturno		NP	Total
			T	P	T	P		
Área Científica-Tecnológica	Pedagogia da Educação Física	A	22	33				55
	Teoria e Metodologia do Treino	B	30					30
	Anatomofisiologia	C	32					32
	Saúde e Condição Física	D	16	4				20
	Biomecânica	E	8	2				10
	Socorrismo	F	15	5				20
Área do regulamento de Educação Física do Exército	Organização, Legislação e Avaliação	G	10	2				12
	Treino Físico Geral	H	9	22				31
	Treino Físico de Aplicação Militar - MarCor	I	1	14				15
	Treino Físico de Aplicação Militar - GAM	J	1	11				12
Área das Técnicas de Transposição	Técnicas de Transposição	K	8	67				75
Área dos Desportos Prioritários	Pentatlo Militar	L	7	47				54

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	<b>Página</b>	<b>de págs.</b>

	Orientação	M	54	16				70
	Tiro	N	36	14				50
	Tiro Desportivo	O	6	22				28
	Esgrima	P	13	7				20
	Atletismo	Q	8	42				50
Área dos Desportos de Apoio	Ginástica	R	2	28				30
	Futsal	S	7	23				30
	Voleibol	T	8	27				35
	Natação	U	10	60				70
	Combate Corpo a Corpo	V	1	69				70
Área Geral	Diversos	W	15	90				105
TOTAL			319	605				924

### **3.OBJETIVOS GERAIS**

- Preparar Oficiais e sargentos, técnica e pedagogicamente para a função de instrutor, treinador e responsável por uma secção de educação física de uma U/E/O;
- Conhecer e identificar os principais fatores intervenientes na formação;
- Habilitar os formandos a preparar um praticante/equipa para uma competição desportiva;
- Elaborar um plano de treino respeitando todos os princípios metodológicos;
- Identificar no corpo humano os músculos, articulações e os ossos, descrever o seu funcionamento e as suas funções;
- Conhecer o funcionamento do corpo humano, dos seus órgãos, aparelhos e processos fisiológicos;
- Compreender os mecanismos de funcionamento do organismo, em populações de risco, com o exercício físico;
- Prescrever atividade física a todo e qualquer indivíduo;

CURSO	Instrutor de Educação Física Militar	CÓDIGO:	IEFM
DOC IVa	PLANO DE ESTUDOS	Página	de págs.
<p>i. Reconhecer, compreender e analisar através de uma perspetiva mecânica as principais articulações do corpo humano;</p> <p>j. Identificar e proceder à correta avaliação de um acidente/lesão ocorrida no corpo humano;</p> <p>k. Identificar e utilizar de forma correta os procedimentos do suporte básico de vida;</p> <p>l. Descrever e enumerar a organização e responsabilidades de todos os órgãos e entidades participantes no sistema de Educação Física Militar;</p> <p>m. Conhecer a avaliação das provas de educação física;</p> <p>n. Conhecer os métodos de treino físico geral;</p> <p>o. Conferir aos militares a aptidão física necessária para o cumprimento das diversas missões que lhes são atribuídas;</p> <p>p. Contribuir para o desenvolvimento do espírito de equipa e valor moral dos militares, através da aquisição e desenvolvimento de determinados gestos, técnicas e capacidades psicomotoras preparatórias para o combate;</p> <p>q. Preparar Oficiais e sargentos técnica e pedagogicamente para a montagem e execução das técnicas de transposição em vários cenários, cumprindo todas as normas de segurança;</p> <p>r. Conhecer o Regulamento do Pentatlo;</p> <p>s. Adquirir conhecimento para preparar uma equipa e organizar uma prova;</p> <p>t. Conhecer o regulamento da orientação;</p> <p>u. Habilitar os militares a desempenhar as funções de instrutor de tiro e oficial/sargento de tiro de uma U/E/O.</p> <p>v. Conhecer o regulamento do tiro desportivo;</p> <p>w. Adquirir conhecimento sobre o armamento e equipamento do Exército;</p> <p>x. Conhecer e aplicar os regulamentos da esgrima de forma a apoiar a organização de uma competição;</p> <p>y. Conhecer o regulamento do atletismo;</p> <p>z. Desenvolver as capacidades de coordenação motora, agilidade e destreza;</p> <p>aa. Conhecer o regulamento do futsal;</p> <p>bb. Conhecer o regulamento do voleibol;</p> <p>cc. Conhecer e aplicar os aspetos fundamentais do regulamento das provas de natação, de forma a poder organizar uma competição;</p> <p>dd. Melhorar o nível de desempenho motor no meio aquático, adaptando-se, aprendendo as técnicas de execução padrão;</p> <p>ee. Habilitar os formandos a ministrar técnicas eficazes para utilização num combate corpo a corpo;</p> <p>ff. Habilitar os formandos com conhecimentos na área do desporto, atividade física e competição.</p>			
LI			

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

#### **4. ITINERÁRIO FORMATIVO**

##### **a. Precedência dos Módulos**

- (1) Os Sub-Módulos A, B, C, D, E, F e G são maioritariamente teóricos pelo que deverão ser os primeiros a ser calendarizados no sentido de fornecer os conhecimentos iniciais comuns a todas as modalidades de âmbito prático;
- (2) Os Sub-Módulos U e R deverão iniciar-se no início do curso e terminar no final do mesmo no sentido de proporcionar aos alunos uma progressão contínua evolutiva;
- (3) O Sub-Módulo H deverá decorrer aquando das horas de educação física militar da U/E/O por forma a permitir a utilização dos seus militares (preferencialmente praças).
- (4) Os Sub-Módulos K, L e M deverão ser planeados para os meses em que se prevejam condições climatéricas favoráveis;
- (5) Os Sub-Módulos I, J, N, O, P, R, S, T e V podem ser lançados em qualquer altura, sendo importante reservar as infraestruturas necessárias com antecedência;
- (6) O Sub-Módulo W deverá ser ajustado à disponibilidade das U/E/O e dos palestrantes, bem como à data de marcação dos campeonatos desportivos militares.

##### **b. Cronograma**

Os Sub-Módulos de formação são, preferencialmente, ajustados no início de cada curso, pela direção de curso, aos campeonatos desportivos militares e à disponibilidade das diversas infraestruturas desportivas necessárias para a realização de alguns dos Sub-Módulos, por exemplo piscina, gimnodesportivos, pistas de obstáculos, etc.

#### **5. CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAL**

##### **a. Formandos:**

- (1) Categoria / Posto  
Oficiais e Sargentos dos três Ramos das Forças Armadas (QP e/ou RC/RV) e Forças de Segurança.
- (2) Requisitos:
  - (a) Requisitos académicos  
Mínimo 12º ano.
  - (b) Requisitos profissionais  
Ser proposto pelo Comandante da U/E/O à frequência da qualificação;  
Ser oficialmente nomeado pela Direção de Administração de Recursos Humanos;  
Se RV/RC ter, no máximo, até 2 anos de contrato;  
Efetuar com sucesso os exames médicos previstos;  
Efetuar com sucesso as provas de seleção.
  - (c) Outros  
Ter, no máximo, 35 anos (inclusive).

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

(3) Quantitativos:

(a) N.º Mínimo de Formandos – 10;

(b) N.º Máximo de Formandos – 22.

(4) Consequências de não aproveitamento

O não aproveitamento do curso implica a reprovação no mesmo, impossibilitando exercer as funções inerentes a um elemento integrante de uma seção de Educação Física Militar de uma U/E/O.

(5) Consequências do aproveitamento

Nada a referir.

**b. Formadores:**

(1) Requisitos académicos

Deve possuir habilitação académica adequada e possuir qualificação de nível igual ou superior ao nível a atribuir aos formandos à saída do curso, nos domínios em que desenvolve a formação.

(2) Requisitos técnico-científicos

O Diretor do Curso é o responsável pelo acompanhamento pedagógico da ação de formação e a articulação com formadores e outros agentes envolvidos no processo formativo.

Os formadores nomeados devem dominar o conhecimento e os saberes específicos da área de formação a certificar, tendo por base a respetiva formação científica ou técnica e tecnológica, nomeadamente o Curso de Instrutores de Educação Física Militar. Os formadores deverão (preferencialmente) ser possuidores do Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores (CFPIF) e do Certificado de Competências Pedagógicas (CCP).

(3) Requisitos pedagógicos

A equipa de formadores deve ter competências ao nível do planeamento, organização e controlo, coordenação e motivação do grupo permanentemente, bem como de avaliação das aprendizagens desenvolvidas pelos formandos;

Devem ter experiência de 2/3 anos de funções nas áreas de formação desenvolvidas (preferencialmente).

(4) Quantitativos

Definidos pela direção de formação coadjuvada pela direção de curso.

(5) Nomeação

A equipa de formadores é nomeada pela direção de formação coadjuvada pela direção de curso.

**6.MEIOS FINANCEIROS E MATERIAIS**



<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

**a. Financeiros**

Custos imputáveis à U/E/O.....8.463,18 €

Custos imputáveis à Fazenda Nacional .....12.472,03 €

Total de Custos.....274.384,73 €

Anexo A – Cálculo de custos.

**b. Materiais**

Anexo B – Materiais.

**7.AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM**

**a. Tipo:**

(1) Avaliação Diagnóstica

Aplicada pela Direção do Curso, visa determinar a “situação de partida” e permite calcular, no final, o ganho real com a formação.

(2) Avaliação Formativa

Realizada pelos Formadores no final de cada sessão ou pela Direção do Curso, quando o entender necessário.

(3) Avaliação Sumativa

Aferida no(s) Módulo(s) e resultante dos testes, provas práticas e trabalhos realizados pelos formandos.

**b. Instrumentos:**

(1) Avaliação Diagnóstica

Questionário de expectativas.

(2) Avaliação Formativa

Testes, questionários ou checklist elaborados no final de cada sessão.

(3) Avaliação Sumativa

Os formandos realizam circuitos de avaliação;

Testes de avaliação dos Módulos;

Realização de sessões de prática pedagógica onde os formandos são avaliados conforme os Anexos D (Ficha de avaliação de educação física militar) e Anexo E (Ficha de avaliação de formadores).

**c. Processamento da Avaliação:**

(1) Escalas

0 a 20 valores.

(2) Fórmula de classificação e aproveitamento

A Classificação Final (CF) a atribuir é obtida através da média ponderada dos parâmetros de avaliação abaixo indicados:

$$CF = (3*ME + MP)/4$$

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

**Mérito Escolar (ME):**

A classificação de mérito escolar a atribuir é obtida através da seguinte fórmula:

**ME= (4\*Módulo 1 + 2\*Módulo 2 + 2\*Módulo 3 + 2\*Módulo 4 + 2\*Módulo 5)/12**

É obrigatório obter média igual ou superior a 10 em todos os Módulos.

A Nota em cada Módulo é calculada por percentagens em cada Sub-Módulo:

**Módulo 1:** Nota = 25% Sub-Módulo A + 25% Sub-Módulo B + 25% Sub-Módulo C + 15% Sub-Módulo D + 5% Sub-Módulo E + 5% Sub-Módulo F

**Módulo 2:** Nota = 30% Sub-Módulo G + 30% Sub-Módulo H + 20% Sub-Módulo I + 20% Sub-Módulo J

**Módulo 3:** Nota = Sub-Módulo K

**Módulo 4:** Nota = 35% Sub-Módulo L + 30% Sub-Módulo M + 10% Sub-Módulo N + 10% Sub-Módulo O + 15% Sub-Módulo P

**Módulo 5:** Nota = 15% Sub-Módulo Q + 20% Sub-Módulo R + 20% Sub-Módulo S + 30% Sub-Módulo T + 15% Sub-Módulo U

**Mérito Pessoal (MP)**

A classificação de MP é obtida através da média ponderada calculada com recurso ao Anexo C (Ficha de Avaliação Comportamental Individual);

As notas de MP são calculadas no final de cada Sub-Módulo pelo(s) formador(es);

Ao formando que obtenha nota inferior a 10 valores é proposto a sua eliminação através da realização de um conselho escolar.

(3) Classificações:

Mínimo de 10 valores na classificação final;

(4) Faltas a ações de avaliação.

Em qualquer dos Módulos de avaliação, o aluno que por motivos de reconhecida e justificada razão esteja impossibilitado de frequentar ou comparecer aos momentos de avaliação, e em consequência deste facto, não lhe possa ser atribuída a respetiva classificação pode, a título excecional, e por despacho fundamentado do Exmo. Comandante da Escola das Armas, ouvido o conselho escolar, ser autorizado a prorrogar os prazos definidos com vista à atribuição de uma classificação.

**8.ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO**

**a. U/E/O responsável pelo curso**

Escola das Armas.

**b. Conselho Escolar/Curso**

De acordo com a NEP da Escola das Armas datada de 17Out14 Ref.: 50For025.03DF.

**c. Direção/Secção de Formação**

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

- (1) É responsável pela supervisão e classificação das provas de avaliação efetuadas aos formandos;
- (2) É responsável pela avaliação dos formandos do curso;
- (3) É responsável pela conferência e envio de toda a documentação do plano de validação do referencial do curso.

**d. Diretor de formação / Gestor de formação**

- (1) Responsável pelo planeamento, execução, acompanhamento, controlo e avaliação da formação e pela gestão dos recursos afetos à atividade formativa.
- (2) É o interlocutor privilegiado com o sistema de certificação, garantindo que as práticas formativas implementadas na U/E/O estão em harmonia com os requisitos de certificação.

**e. Diretor de curso / Coordenador pedagógico**

- (1) Dirigir a ação de acordo com os regulamentos aprovados, os planos e os programas estabelecidos e as diretivas superiores;
- (2) Garantir o cumprimento dos requisitos de validação do referencial do curso;
- (3) Fiscalizar existência do certificado de competências pedagógicas dos formadores designados para as ações de formação;
- (4) Garantir o processamento de toda a informação documental do curso;
- (5) Gerir os recursos afetos à atividade formativa, quando não for garantida pelo diretor de formação/gestor da formação.
- (6) Acompanhar as atividades escolares do curso;
- (7) Acompanhar o aproveitamento escolar dos formandos;
- (8) Manter informado o Diretor de Formação sobre os assuntos relativos ao funcionamento do curso;
- (9) Garantir o cumprimento dos requisitos de validação do referencial do curso;
- (10) Auscultar os formadores e formandos com vista à recolha de sugestões e outros juízos que contribuam para a melhoria contínua do referencial de curso;
- (11) Realizar uma reunião inicial e final de curso com a equipa de formadores;
- (12) Realizar reuniões de esclarecimento com os formandos;
- (13) Garantir o processamento de toda a informação documental do curso.

**f. Equipa de formadores**

- (1) Dominar conhecimentos, técnicas e atitudes facilitadores da aquisição e consolidação de saberes gerais e específicos, de âmbito prático e teórico, bem como de comportamentos específicos da atividade profissional;

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

- (2) Ter competências ao nível do planeamento, organização e controlo, coordenação e motivação do grupo, bem como de avaliação das aprendizagens desenvolvidas pelos formandos;
- (3) Preferencialmente ter experiência de 2 anos de funções nas áreas de formação desenvolvidas;
- (4) Possuir o curso de formação pedagógica inicial de formadores com o respetivo certificado de competências pedagógicas;
- (5) É da responsabilidade de cada formador proporcionar as condições ideais para que a avaliação sumativa de cada Módulo resulte efetivamente da ponderação de todos os elementos de avaliação definidos;
- (6) É da responsabilidade de cada formador preencher os inquéritos de Módulo e de fim de curso.

**g. Outros agentes**

Nada a referir.

**h. Reclamações e recursos das classificações**

- (1) O formando a quem se suscitam dúvidas sobre classificações de provas ou trabalhos escritos ou informações de aproveitamento, pode, no prazo de 5 dias úteis contados a partir da data da respetiva publicação, requerer ao Diretor de Formação a sua revisão;
- (2) A resposta deve ser dada, também por escrito, no prazo de 5 dias úteis a partir da data de apresentação do requerimento;
- (3) Quando em qualquer dos casos a que se refere o número anterior o formando não se conforme com o esclarecimento obtido, pode, no prazo de 5 dias úteis contados a partir da data em que lhe foi prestado, reclamar para o Comandante da Entidade Formadora, que decidirá no prazo de 8 dias úteis contados a partir da data, também por escrito, da entrega da reclamação;
- (4) Quando o formando discorde da classificação final de curso é assegurado o direito a reclamação e recurso hierárquico nos termos do previsto no EMFAR;
- (5) O tratamento de reclamações está internamente definido pelo Regulamento de Disciplina Militar (RDM) através da Participação (Art.º 84 do RDM) e da Queixa (Art.º 85 do RDM).

**i. Repetição do Curso**

- (1) Podem repetir o curso, os formandos que reprovarem, desde que sejam novamente propostos pelo Comando da sua Unidade;
- (2) Não podem repetir o curso os formandos excluídos por motivos disciplinares e por classificação inferior a 10 valores no mérito pessoal;

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

**j. Regime de faltas**

- (1) São admitidas faltas justificadas até um décimo dos tempos programados no curso;
- (2) São propostos para eliminação em Conselho Escolar os formandos que faltem, por motivo de doença ou outros devidamente justificados, a 1/10 ou mais do número total de tempos escolares.
- (3) O Comandante da Escola das Armas, ouvido o Conselho Escolar, decide a continuação da frequência dos formandos que excedam os limites de faltas fixados anteriormente, se considerar que os mesmos estão em condições de vir a ter aproveitamento, ou propor a sua exclusão;
- (4) Qualquer tipo de falta injustificada dará origem a um processo disciplinar.

**k. Duração**

Duração total do curso – 924 horas (diurnas)

**l. Durabilidade**

O Curso de Instrutores de Educação Física Militar, salvo situações excepcionais, deve ser revisto a cada três anos, a fim de se proceder à atualização dos referenciais de Curso e adequabilidade dos meios e materiais necessários para a ação de formação.

**m. Relação ensino-aprendizagem**

Presencial, sendo obrigatória a presença dos formandos em todas as atividades constantes do respetivo programa horário e demais atividades fixadas pelo Diretor do Curso.

**n. Critérios de reprovação e exclusão**

- (1) Serão considerados excluídos: (qualquer altura do curso):
  - (a) Por motivos disciplinares, de acordo com a legislação em vigor;
  - (b) Mérito Pessoal inferior a 10 valores;
  - (c) Por excesso de faltas, ver alínea J.
- (2) Serão considerados reprovados os formandos que obtiverem:
  - (a) Classificação final do curso inferior a 10 valores;
  - (b) Mérito Pessoal inferior a 10 valores;
  - (c) Classificação inferior a 10 valores a Mérito Escolar;

**o. Validade da qualificação**

O curso tem validade permanente, independentemente da data em que ocorra a promoção.

**p. Diplomas/Certificados**

Diploma referente ao curso de Instrutores de educação física militar e ao curso de tiro, emitido pela Escola das Armas, de acordo com a legislação em vigor.

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

<b>MÓDULO/UFCD</b>	<b>Sub-Módulo F – Socorrismo</b>	<b>Duração 20 Horas</b>
<b>Objetivo (s) Geral (ais)</b>	F.1. Identificar e proceder à correta avaliação de um acidente/lesão ocorrida no corpo humano; F.2. Identificar e utilizar de forma correta os procedimentos do suporte básico de vida; F.3. Executar a avaliação do Sub-Módulo.	

### Objetivos Específicos

	Tempos de Formação (H)					
	Diurno		Noturno		NP	Total
	T	P	T	P		
F.1.1. Conhecer os objetivos do curso, executar uma avaliação diagnóstica inicial e corrigir o teste diagnóstico;	1					1
F.1.2. Identificar e classificar corretamente o tipo de lesão (hemorragia, ferida, queimadura e fratura) de acordo com os sinais e sintomas apresentados e prestar o primeiro socorro adequado;	1	1				2
F.1.3. Identificar corretamente uma potencial lesão muscular e/ou articular dados os sinais e sintomas apresentados, agir corretamente de acordo com o tipo de lesão apresentada e identificar os riscos potenciais de agravamento do estado da vítima, caso esta mantenha a atividade física;	1					1
F.1.4. Identificar os sinais e sintomas de rabdomiólise;	1					1
F.2.1. Avaliar corretamente os Sinais Vitais (Pulso, Tensão Arterial, Temperatura e Ventilação);	1					1
F.2.2. Reconhecer os sinais e sintomas de lesões provocadas por calor ou frio excessivo e tomar as medidas necessárias para um bom socorro da vítima.	1					1
F.2.3. Identificar os sinais e sintomas que caracterizam uma vítima em estado de choque e atuar de forma a melhorar ou reverter as mesmas.	1					1

<b>CURSO</b>	<b>Instrutor de Educação Física Militar</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>IEFM</b>
<b>DOC IVa</b>	<b>PLANO DE ESTUDOS</b>	Página	de págs.

F.2.4. Enumerar corretamente os passos e técnicas para a execução de triagem de catástrofe pelo método START;	1					1
F.2.5. Realizar pedido de MEDEVAC através do sistema NATO;	1					1
F.2.6. Identificar as diversas formas de obstrução das vias aéreas e quais as técnicas adequadas a cada um deles e executar corretamente as técnicas de desobstrução das vias aéreas em vítima simulada;	1					1
F.2.7. Identificar os intervenientes no Sistema Integrado de Emergência Médica e os 4 elos que compõem a cadeia de sobrevivência e descrever a importância de cada um deles na manutenção da cadeia, descrever os principais pontos a observar para a manutenção de um ambiente seguro para a execução do SBV, descrever a abordagem da vítima de acordo com as técnicas descritas e pela ordem demonstrada e enumerar as alterações ao SBV, de acordo com as situações de exceção demonstradas;	1	2				3
F.2.8. Identificar e enumerar os principais elementos envolvidos no trauma e identificar e descrever quais e de que formas são afetados os órgãos existentes em cada região corporal em situações de trauma;	2					2
F.2.9. Realizar o exame da vítima de acordo com as prioridades ABCDE e secundário;	1					1
F.3.1. Avaliar a prática individual por execução de técnicas em vítimas simuladas, cumprindo os objetivos traçados.		2				2
F.3.2. Avaliar os conhecimentos teóricos.	1					1
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>5</b>				<b>20</b>

## **ANEXO C – TIPOS DE FRATURAS E RESPECTIVO PROCEDIMENTO**

A atitude do Instrutor perante uma fratura varia consoante a localização da fratura como tal segue uma lista de atuação da fratura segundo o previsto no REFE (2002):

- Fratura do crânio, pescoço ou coluna vertebral: Não se deverá tocar no Instruendo até o médico chegar nem devem ser ministrados quaisquer líquidos;
- Fraturas dos ossos do nariz: cobrir a região com um pouco de algodão ou gaze;
- Fratura do úmero, ou dos ossos do antebraço: colocar uma tala na parte do braço fracturado por forma a cobrir o cotovelo, e fixar, em seguida, o antebraço à frente do tronco;
- Fratura nomaxilar inferior: juntá-lo ao maxilar superior e ligá-lo para o imobilizar;
- Fratura dos ossos da mão ou dos dedos: colocar uma tala acolchoada de forma a manter a mão e dedos estendidos no prolongamento do antebraço;
- Fratura da clavícula: colocar um rolo sob o braço e fixar o antebraço dobrado à frente do tronco. Com a mão direita amparar o ombro da clavícula fracturada junto à cabeça do úmero;
- Fratura dos ossos da coxa ou perna: colocar o membro no alinhamento do corpo e, na posição de deitado, aplicar uma tala de cada lado do osso fracturado;
- Fratura da rótula: estender a perna e colocar uma tala pela parte posterior ao longo de todo o membro;
- Fratura das costelas: enrolar o tronco com ligaduras bastante largas e pôr o acidentado numa posição repousante;
- Fratura dos ossos do pé: Libertá-lo do calçado e da meia e aplicar-lhe uma tala pela parte inferior.